UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Tássia Ghissoni Pedroso

Demanda de cuidados de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial

Ribeirão Preto
2020

Tássia Ghissoni Pedroso

Demanda de cuidados de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como requisito para a obtenção do título de Doutora em Ciências.
Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.
Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: políticas, saberes e práticas.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão.
Coorientadora: Profa. Dra. Marcia Galan Perroca.

RIBEIRÃO PRETO
2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Pedroso, Tássia Ghissoni

Demanda de cuidados de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial/ Tássia Ghissoni Pedroso; orientador, Luiz Jorge Pedrão; coorientadora, Márcia Galan Perroca. – 2020
99 f. : il.

Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020

Versão original

1. Enfermagem psiquiátrica. 2. Centros de Atenção Psicossocial 3. Avaliação em enfermagem. 4. Classificação. 5. Cuidados de enfermagem. 6. Carga de trabalho. 7. Recursos humanos de Enfermagem 8. Saúde Mental. I. Pedrão, Luiz Jorge, orient. II. Perroca, Marcia Galan, coorient. III Título.

PEDROSO, T. G. Demanda de cuidados de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial. 2020. 100 f. Tese (Doutorado) apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em:____/____/_____

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Às Equipes de Enfermagem

Psiquiátrica e de Saúde Mental,

Que buscam, diariamente,

Melhores formas de cuidar,

Dentro dessa área subjetiva

E pouco desbravada,

Porém tão próxima da nossa essência.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão, pelo acolhimento em uma fase tão importante da minha vida e carreira acadêmica, por me ajudar a abrir a mente para além da Pós-Graduação, pela confiança, paciência e ensinamentos.

À Profa. Dra. Marcia Galan Perroca, que esteve comigo desde a graduação e tive a honra novamente de contar com sua orientação e ensinamentos. Mostrando que um bom trabalho é feito com comprometimento e parceria.

À Denise e ao Hermes, pelos ensinamentos desde sempre, pelo apoio, amor e investimento em todos os ciclos da minha vida.

À Lara e ao Bruno, por sempre acreditarem em mim, me dando apoio, carinho e incentivo.

À Angélica, que tive o prazer de conhecer no mestrado, e a sorte de continuar com sua parceria no trabalho e na vida. Obrigada por sempre acreditar em mim, pelos ensinamentos, respeito e amizade.

Ao Nícolas, parceiro que encontrei durante essa jornada, que sempre me apoiou e incentivou para que concretizasse essa etapa da minha vida.

À Enfermeira Isabela pelo acolhimento, ensinamento e parceria.

Às minhas amizades que caminham comigo desde a infância, que em nenhum momento deixaram de me apoiar e estiveram sempre "por perto".

Às amizades e parceiras da pós-graduação que estiveram comigo durante essa jornada e seguem comigo no dia-a-dia, pelos momentos de estudos, trocas de experiências, desabafos e risos.

Às Profas. Dras. Ana Carolina Zanetti, Ana Paula Morais, Carla Ventura, Edilaine Gherardi-Donato, Kelly Giacchero, Larissa Esper, Patrícia Leila dos Santos, Sueli Galera, pelo acolhimento e contribuição no aprendizado.

À Adriana Borela Bortoletti Arantes e Flávia Danielly Souza pela disponibilidade e cordialidade.

À Bibliotecária Márcia dos Santos, por todo suporte e disponibilidade.

Aos Estatísticos Helymar Machado,
Miyeko Hayashida e Jonas Bodini Alonso pelos ensinamentos e contribuição.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica pela oportunidade no desenvolvimento desse projeto e crescimento profissional.

À CAPES pelo financiamento dessa pesquisa e pela oportunidade de dedicação exclusiva aos estudos de doutorado durante o período que precisei.

Às Equipes de Saúde do Hospital Estadual de Serrana, em especial à de Enfermagem, pelos ensinamentos, parceria e amizade.

Aos Enfermeiros dos CAPS que participaram, dedicando tempo e contribuindo com conhecimento, necessários para que essa pesquisa fosse possível.

A todos que mesmo que indiretamente estiveram presentes nessa etapa tão importante da minha vida.

“Vou mostrando como sou,

E vou sendo como posso,

Jogando meu corpo no mundo,

Andando por todos os cantos

E pela lei natural dos encontros,

Eu deixo e recebo um tanto

E passo aos olhos nus, ou vestido de luneta,

Passado, presente,

Participo sendo o mistério do planeta.”

Luíz Galvão/ Morais Moreira

RESUMO

PEDROSO, T. G. **Demanda de cuidados de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial.** 2020. 99 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

A construção de instrumentos para avaliação da demanda de cuidados em Enfermagem Psiquiátrica e Enfermagem em Saúde Mental acompanharam os avanços da Reforma Psiquiátrica. No entanto, em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços considerados essenciais para a desinstitucionalização e reabilitação psicossocial, não existem pesquisas sobre esta temática. Este estudo teve como objetivo geral investigar a demanda de cuidados de enfermagem em CAPS. Para isso, cinco enfermeiros de três diferentes CAPS: Álcool e Drogas, II e III, avaliaram 63 usuários perfazendo um total de 249 avaliações. Foi desenvolvido em duas etapas: a Etapa 1 com método exploratório, transversal e abordagem quantitativa, consistiu na avaliação semanal de usuários em atendimento-dia intensivo por meio da aplicação do Instrumento para Classificação do Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica pelos enfermeiros. Na Etapa 2 utilizou-se o método misto Estratégia de Triangulação Concomitante, consistindo em entrevistas individuais com os enfermeiros e aplicação de um questionário para verificação de suas percepções a respeito da aplicabilidade do instrumento utilizado na avaliação dos usuários. Os resultados foram analisados à luz da estatística descritiva, medidas de tendência central, teste Exato de Fisher, Qui-quadrado, Mann Whitney, Kruskal-Wallis, análise de regressão logística dicotômica com modelos uni e multivariados e coeficiente Kappa ponderado para concordância, considerando nível de significância de 0,05. As entrevistas foram interpretadas segundo a análise de conteúdo. Os resultados mostraram que, relativo às avaliações, houve predomínio da categoria de cuidados discreta, seguida da intermediaria. Houve associações estatisticamente significativas entre os CAPS e as variáveis sexo, diagnóstico principal e categorias de cuidados do instrumento. Os fatores preditores para uma maior demanda de cuidados foram as variáveis CAPS e sexo. A partir da análise dos conteúdos das entrevistas emergiram quatro categorias: Aplicabilidade do Instrumento, Críticas e Sugestões, Dificuldades e Benefícios. As respostas ao questionário permitiram confirmar alguns resultados obtidos com as entrevistas, além de detectar concordância razoável no uso do instrumento no contexto de pratica. Esta pesquisa foi pioneira no sentido de propor a utilização de um instrumento de avaliação da demanda de cuidados de enfermagem por enfermeiros de CAPS, possibilitando a instrumentalização dos mesmos na assistência de Enfermagem Psiquiátrica e Enfermagem em Saúde Mental nesses Centros. O estudo permitiu traçar um mapeamento do perfil assistencial de usuários em diferentes modalidades de CAPS e a associação deste perfil às características demográficas e clínicas possibilitou obter um indicativo ao planejar os cuidados de enfermagem, podendo contribuir na construção do Projeto Terapêutico Singular. A opinião dos enfermeiros sobre o uso instrumento foi positiva, possibilitando a aproximação tanto com suas equipes, quanto com os usuários.

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica. Centros de Atenção Psicossocial. Avaliação em Enfermagem. Cuidados de Enfermagem. Carga de Trabalho.

ABSTRACT

PEDROSO, T. G. **Demand for nursing care in Psychosocial Care Centers.** 2020. 99 f. Thesis (PhD) – Ribeirão Preto Nursing School of the University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Creating instruments to assess the demand for care in Psychiatric Nursing and Mental Health Nursing has followed the advances of the Brazilian Psychiatric Reform. However, in Psychosocial Care Centers (CAPS - *Centros de Atenção Psicossocial*), services considered essential for deinstitutionalization and psychosocial rehabilitation, there is no research on this topic.This study aimed to investigate the demand for nursing care in CAPS. For this, five nurses from three different CAPS, one CAPS Alcohol and Drugs, one CAPS II and one CAPS III, assessed 63 users, making a total of 249 assessments. This study was developed in two stages: stage 1 had an exploratory, cross-sectional and quantitative approach, consisting of weekly assessment of users in intensive day care through the application of an Instrument for Classification of Psychiatric Nursing Dependency Levels by nurses. This instrument classifies the demand for care as discrete, intermediate and full. Step 2 used Concurrent Triangulation Strategy mixed methods, consisting of individual interviews with nurses and application of a questionnaire to verify their perceptions regarding instrument applicability for user assessment. The results were analyzed in light of descriptive statistics, measures of central tendency, Fisher's exact, chi-square, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis tests, dichotomous logistic regression analysis with univariate and multivariate models and weighted kappa, considered a level of significance 0.05. The interviews were assessed according to content analysis. The results showed that, regarding assessments, there was a predominance of the discrete care category, followed by intermediate care. There were statistically significant associations between CAPS and gender, main diagnosis, and care categories of the instrument. The predictive factors for an increased demand for care were CAPS and sex. From content analysis of all interviews, four categories have emerged: *Instrument usability*; *Criticisms and suggestions*; *Difficulties; Benefits*. Questionnaire responses provided to confirm some results of the interviews, in addition to detecting reasonable agreement on the use of the instrument in the context of practice. This research was a pioneer in the sense of proposing the use of an instrument to assess the demand for nursing care by CAPS nurses. It made it possible to instrumentalize them in psychiatric nursing care and mental health nursing in CAPS units. The present study allowed to map the assistance profile of users in different CAPS modalities. The association of this profile with demographic and clinical characteristics made it possible to obtain an indication when planning nursing care, which could contribute to constructing the Single Therapeutic Project (*Projeto Terapêutico Singular*). The nurses' opinion on the instrument use was positive, making it possible to approach both their teams and users.

Keywords: Psychiatric Nursing. Mental Health Services. Nursing Assessment. Nursing Care. Workload.

RESUMEN

PEDROSO, T. G. **Demanda de cuidados de enfermería en los Centros de Atención Psicosocial.** 2020. 99 f. Tesis (PhD) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

La creación de instrumentos para evaluar la demanda de atención en Enfermería Psiquiátrica y Enfermería en Salud Mental acompañó los avances de la Reforma Psiquiátrica. Sin embargo, en los Centros de Atención Psicosocial (CAPS - *Centros de Atenção Psicossocial*), servicios considerados imprescindibles para la desinstitucionalización y rehabilitación psicosocial, no existen investigaciones sobre este tema.Este estudio tuvo como objetivo investigar la demanda de cuidados de enfermería en CAPS. Para ello, cinco enfermeras de tres CAPS diferentes, una CAPS Alcohol y Drogas, una CAPS II y una CAPS III, evaluaron a 63 usuarios, haciendo un total de 249 evaluaciones. El estudio se desarrolló en dos etapas: la etapa 1, con un enfoque exploratorio, transversal y cuantitativo, consistió en la valoración semanal de los usuarios en la guardería intensiva mediante la aplicación del Instrumento de Clasificación del Nivel de Dependencia en Enfermería Psiquiátrica por enfermeiras. Este instrumento clasifica la demanda de cuidados en tres categorías: discreta, intermedia y completa. En el paso 2 se utilizó el método mixto de Estrategia de Triangulación Concomitante, consistente en entrevistas individuales con enfermeras y la aplicación de un cuestionario para verificar sus percepciones sobre la aplicabilidad del instrumento utilizado en la evaluación de usuarios. Los resultados fueron analizados a la luz de estadísticas descriptivas, medidas de tendencia central, prueba exacta de Fisher, chi-cuadrado, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, análisis de regresión logística dicotómica con modelos univariados y multivariados y coeficiente de concordancia Kappa ponderado considerado un nivel de significancia de 0.05. Las entrevistas se evaluaron según el análisis de contenido. Los resultados mostraron que, en cuanto a las evaluaciones, predominó la categoría de cuidado discreto, seguida de la intermedia. Hubo asociaciones estadísticamente significativas entre CAPS y las variables sexo, diagnóstico principal y categorías de atención del instrumento. Los factores predictivos de una mayor demanda de cuidados fueron los CAPS y las variables de género. Del análisis del contenido de las entrevistas surgieron cuatro categorías: *Usabilidad del instrumento*; *Críticas y sugerencias*; *Dificultades*; *Beneficios*. Las respuestas al cuestionario permitieron confirmar algunos resultados obtenidos con las entrevistas, además de detectar un acuerdo razonable en el uso del instrumento en el contexto de la práctica. Esta investigación fue pionera en el sentido de proponer el uso de un instrumento para evaluar la demanda de cuidados de enfermería por parte de enfermeras del CAPS. Permitió instrumentalizarlos en la atención de enfermería psiquiátrica y enfermería de salud mental en CAPS. El estudio permitió mapear el perfil asistencial de los usuarios en diferentes modalidades de CAPS y la asociación de este perfil con características demográficas y clínicas permitió obtener una indicación en la planificación de los cuidados de enfermería, que podría contribuir a la construcción del Proyecto Terapéutico Singular (*Projeto Terapêutico Singular*). La opinión de las enfermeras sobre el uso del instrumento fue positiva, lo que permitió acercarse tanto a sus equipos como a sus usuarios.

Palabras clave: Enfermería Psiquiátrica. Servicios de Salud Mental. Evaluación em Enfermería. Atención de Enfermería. Carga de Trabajo.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma utilizado para seleção dos estudos. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019. 29
Figura 2 – Distribuição de publicações por ano (n=23). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019. 37
Figura 3 – Distribuição de publicações por países (n=23). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019 38
Figura 4 – Distribuição de publicações por tipo de revistas (n=23). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019..... 38
Figura 5 – Distribuição dos cenários de pesquisa dos artigos selecionados. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019. 39
Figura 6 – Etapas da pesquisa. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019. 55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estratégias de busca nas bases de dados. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019. . 28
Tabela 2 - Artigos originais selecionados para revisão de literatura (n=23). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019. 30
Tabela 3 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial de Ribeirão Preto segundo Portaria nº 3588/2017. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019. 47
Tabela 4 - Associação entre as variáveis demográficas e clinicas dos usuários e os CAPS investigados. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019. 59
Tabela 5 – Distribuição das avaliações por área de cuidado de acordo com as categorias discreta, intermediária e plena (n=249). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019. 60
Tabela 6 - Escores médios das áreas de cuidados do instrumento de classificação no CAPS AD (n=85). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019. 60
Tabela 7 - Escores médios das áreas de cuidados do instrumento de classificação no CAPS II (n=80). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019. 61
Tabela 8 - Escores médios das áreas de cuidados do instrumento de classificação no CAPS III (n=84). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019. 61
Tabela 9 - Análise de regressão logística univariada e multivariada entre dois grupos de demanda de atenção de enfermagem (categorias de cuidados discreta vs intermediária/plena) (N=249). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019. 62
Tabela 10 – Análise descritiva e concordância entre os enfermeiros sobre a aplicabilidade do instrumento nos CAPS (n=5). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019. 71
Tabela 11 – Análise Descritiva e concordância entre os enfermeiros referente às Áreas de Cuidado do instrumento (n=5). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019. 72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Distribuição dos artigos selecionados na revisão integrativa na dimensão quantitativa da Carga de Trabalho (n=12). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019..... 32
Quadro 2 - Distribuição dos artigos selecionados na revisão integrativa pela dimensão emocional da Carga de Trabalho (n=11). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019..... 34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Álcool e Drogas
CAIS	Centro de Atenção Integral à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP/EERP/USP	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
CINAHL	*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CPP	Cuidado Progressivo ao Paciente
CT	Carga de Trabalho
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EOIPPI	Escala de Observação Interativa para Pacientes Psiquiátricos Internados
EPIB	Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve
FMRP/USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HC/UE	Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas
HSTRP	Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto
ICP	Instrumento de Classificação de Pacientes
ICP – Enfermagem Psiquiátrica	Instrumento para Classificação do Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MESH	Medical Subject Headings
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PBE	Prática Baseada em Evidências
PRISMA	Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises

PTS	Projeto Singulara Terapêutico
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RUG T18	Resources Utilization Groups
SAE	Sistematização da Assistência de Enferamgem
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCP	Sistema de Classificação de Pacientes
SEP	Sintomas Extrapiramidais
SISAM 2	Sistema de Informação para Saúde Mental 2
SPA	Substâncias Psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
UBDS	Unidade Básica Distrital de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS 6
RESUMO 9
APRESENTAÇÃO 18
1 INTRODUÇÃO 19
1.1 Reorganização da Saúde Mental e a criação dos Centros de Atenção Psicossocial 19
1.2 Papel da Equipe de Enfermagem nos CAPS e a demanda de cuidados dos usuários 21
1.3 A construção de instrumentos para avaliação da demanda de cuidados de enfermagem 22
1.4 Legislação do Conselho Federal de Enfermagem a respeito dos ICP 25
1.5 Revisão Integrativa de Literatura sobre a Carga de Trabalho em Enfermagem Psiquiátrica e Enfermagem em Saúde Mental 26
2 JUSTIFICATIVA E QUESTÕES NORTEADORAS 43
3 OBJETIVOS 44
3.1 Geral 44
3.2 Específicos 44
4 MÉTODO 45
4.1 Delineamento do estudo 45
4.2 Cenários 46
4.2.1 Caracterização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município investigado 46
4.2.2 Os CAPS campos de estudo 49
4.3 Participantes e critérios de inclusão 51
4.4 Instrumentos utilizados 52
4.5 Procedimentos para coleta de dados 54
4.6 Procedimento de análise dos dados 55
4.7 Aspectos éticos 57
5 RESULTADOS 58
6 DISCUSSÃO 73
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS/ CONCLUSÕES 79
REFERÊNCIAS 80
APÊNDICES 89
ANEXOS 97

APRESENTAÇÃO

O período anterior à minha decisão de prestar o Doutorado consistiu em uma busca longa por uma temática que acessasse a Enfermagem Psiquiátrica e Enfermagem em Saúde Mental, com o objetivo de trazer reflexões e melhorias voltadas diretamente a esses profissionais.

Nesse caminho, eu conheci e frequentei grupos de estudos e extensão em diversas linhas: transtornos alimentares, sexualidade, cuidados com famílias de pessoas com transtornos mentais e a Liga de Psiquiatria da EERP/USP. Além disso, busquei fora da Universidade profissionais de Áreas que atuassem com modalidades terapêuticas mais específicas e que fizessem sentido para mim, como terapia com animais (equoterapia, pet-terapia) e musicoterapia.

Após essa caminhada, retornei às minhas raízes mais práticas e busquei refletir sobre a adequação dos aspectos qualitativos e quantitativos das Equipes de Enfermagem para Área de Psiquiatria, e com isso busquei na literatura como estariam os estudos, em especial, após a Reforma Psiquiátrica, com propostas de mudanças visando a melhoria no cuidado de enfermagem.

Para dizer se uma equipe está ou não adequada, precisamos saber quem são nossos clientes/pacientes, o que eles demandam da enfermagem, e foi assim que cheguei à temática da Tese de Doutorado.

Os devaneios que tive até chegar ao meu projeto de Doutorado definitivo, não foram descartados, e sim, guardados para outro momento. No presente momento, considerei que a Enfermagem Psiquiátrica e Enfermagem em Saúde Mental, em especial nos Centros de Atenção Psicossocial, se beneficiariam de uma abordagem nessa linha até então não estudada.

E, assim, com a temática definida e o projeto de pesquisa bem ajustado, com empenho, dedicação, determinação e muito amor, mergulhei profundamente no seu desenvolvimento, e, o resultado de todo este trabalho, que se constituiu em minha Tese de Doutorado, é apresentado a seguir.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Reorganização da Saúde Mental e a criação dos Centros de Atenção Psicossocial

Devido às inconveniências do modelo de assistência anterior que fundamentou os paradigmas da psiquiatria clássica, alicerçadas em tratamentos asilares, excludentes, custodiais e punitivos, houve a formulação teórica e organizacional das novas práticas de saúde mental. Esta reelaboração se deu a partir de movimentos mundiais de reforma psiquiátrica na década de 60, e no Brasil, em 70, com aprovação de leis relacionadas à implantação e melhor funcionamento da rede de atendimento, humanização da assistência e a reinserção das pessoas com transtorno mental na sociedade e no convívio com suas famílias (AMARANTE; TORRE, 2018).

A transformação deste cenário deu-se com a criação de serviços comunitários substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), destinados a acolher pessoas com transtornos mentais e em sofrimento psíquico, estimular sua integração social e familiar, além apoiá-las em suas iniciativas de busca da autonomia (PINHO; SOUZA; ESPERIDIÃO, 2018).

Os CAPS se diferenciam em modalidades de acordo com o território de abrangência segundo o número da população do município, a clientela atendida (adulto, crianças e transtornos relacionados com uso de substâncias psicoativas - SPA) e horários de funcionamento (PINHO; SOUZA; ESPERIDIÃO, 2018). As modalidades são CAPSI, CAPSII, CAPSIII, CAPSAD, CAPSADIII, CAPSADIV e CAPSi. O CAPSI é indicado para municípios com população acima de 15 mil habitantes, o II em locais com população acima de 70 mil, já o III para população acima de 150 mil e com funcionamento 24 horas, oferecendo retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental (BRASIL, 2015).

O CAPSAD atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes, podendo ser do tipo III, com funcionamento e área de abrangência de um CAPSIII, citado anteriormente, e do tipo IV, também com funcionamento 24 horas, ofertando assistência a urgências e

emergências, leitos de observação, para municípios com população acima de 500 mil habitantes (BRASIL, 2015; BRASIL, 2019). O CAPSi atende crianças e adolescentes, indicado para municípios ou regiões de saúde com população acima de 70 mil habitantes (BRASIL, 2015).

A partir de 2011 os CAPS passaram a compor a chamada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) cuja finalidade é a criação, a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto os centros cumprem a assistência direta e a regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família, e promovendo a autonomia dos usuários (BRASIL, 2015).

As equipes de saúde nesses serviços são constituídas por um quadro multiprofissional que deve atuar de forma interdisciplinar. A equipe mínima vai variar de acordo com cada CAPS, mas todas devem ser compostas por médico psiquiatra, enfermeiro, profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo e educador físico), profissionais de nível médio (técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, educacional e artesão) (BRASIL, 2015). Considerando a equipe mínima de enfermagem, a partir da modalidade CAPSII, deve ser composta por um enfermeiro com formação em saúde mental e técnicos/auxiliares de enfermagem, cujo número varia de acordo com cada modalidade (BRASIL, 2015).

As prioridades no modelo de atenção nos CAPS, desinstitucionalizado, são constituídas pela produção de cuidado integral e humanização da assistência enfatizando a perspectiva dos usuário, suas preferências e valores (CAREY, 2016), para isso envolvem práticas como o acolhimento, grupos/oficinas terapêuticas, assembleias e o Projeto Terapêutico Singular (PTS), destacado como guia na assistência por estabelecer um plano de tratamento construído em conjunto com a equipe interdisciplinar, o próprio usuário e sua família. Nele deve ser trabalhado as necessidades, medos e angústias do cliente, levando em consideração sua opinião e conhecimentos através de uma escuta ativa dos profissionais de saúde, não restringindo o tratamento à terapêutica medicamentosa (PINTO, 2011; PINHO; SOUZA; ESPERIDIÃO, 2018). O PTS deve ser revisado de forma periódica junto às mesmas pessoas que o construíram, já que as necessidades sofrem mudanças ao longo do tratamento (PINHO; SOUZA; ESPERIDIÃO, 2018).

1.2 Papel da Equipe de Enfermagem nos CAPS e a demanda de cuidados dos usuários

As atribuições da enfermagem na especialidade de psiquiatria e saúde mental sofreram mudanças e acompanharam os avanços da Reforma Psiquiátrica. As atividades prioritárias do enfermeiro eram administrativas e burocráticas, com pouco contato direto com o paciente, e quando tinha, sua função era vigiar e punir. Assim, as teorias de enfermagem psiquiátrica e a função terapêutica surgem após esse período (ANDRADE; SIQUEIRA, 2018; PINHEIRO et al., 2019).

Atualmente, o papel da enfermagem nos serviços de saúde mental, destaca ações baseadas na construção de um vínculo de confiança com o paciente por meio da empatia, proporcionando um ambiente de acolhimento. Além disso a equipe de enfermagem deve desenvolver habilidades fundamentais como a criatividade e a paciência, aprimorando a comunicação interpessoal terapêutica, tão importante enquanto equipe, quanto para o paciente, mantendo a ética e equilíbrio emocional (BORGES et al., 2016; BITTENCOURT; MARQUES; BARROSO, 2018).

O tema cuidados centrado na pessoa têm sido alvo de discussões na área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental, considerando que o respeito às experiências e necessidades são essenciais para que o paciente possa se envolver mais, aumentando o compromisso com seu plano de cuidado (GABRIELSSON; SEAVENSTEDT; ZINGMARK, 2015; GASKY; COVENTRY, 2012). Assim, o papel da enfermagem na construção do PTS, destaca-se por sua proximidade e preocupação em ofertar uma assistência a partir de suas reais necessidades de atenção (BORGES et al., 2016). Mesmo sendo um plano voltado à perspectiva do cliente, o enfermeiro, como membro da equipe multiprofissional, tem o dever de avaliar a demanda de cuidados de enfermagem desses usuários e aprimorar sua assistência.

Na literatura científica encontram-se pesquisas voltadas para o usuário CAPS, em diferentes modalidades, com foco no perfil sociodemográfico (PEIXOTO et al., 2017; CLEMENTINO et al., 2017; SILVA E SILVA et al., 2017; GOVONI et al., 2017; TREVISAN; CASTRO, 2017), no clínico (PEIXOTO et al., 2017; TREVISAN; CASTRO 2017), na adesão ao tratamento (PEIXOTO et al., 2017), e o consumo de SPA (TREVISAN; CASTRO 2017; SILVA E SILVA et al., 2017). A respeito das necessidades de atenção de enfermagem não foram encontrados estudos nesses serviços.

1.3 A construção de instrumentos para avaliação da demanda de cuidados de enfermagem

Os termos necessidades de atenção, demanda de cuidados ou necessidade de cuidados, vêm sendo empregados e associados aos Instrumentos de Classificação de Pacientes (ICP), cujo objetivo é a identificação do quanto o paciente necessita da atenção de enfermagem em determinado serviço de saúde (MARTINS; ARANTES; FORCELLA, 2008; PERROCA, 2013; DINI; GUIRARDELLO, 2014; FUGULIN et al., 2015).

Os ICPs são constituídos pelas denominadas áreas de cuidados ou indicadores, tanto da área biológica (nutrição, cuidado corporal) quanto da psicossocial (comportamento, comunicação, educação à saúde). Esses instrumentos classificam em qual categoria de cuidados o paciente pertence em ordem crescente de complexidade assistencial.

As áreas de cuidados e as categorias variam de acordo com a população alvo que o instrumento procura avaliar, seja ele voltado para adultos em hospitais gerais (PERROCA, 2013; FUGULIN et al., 2015) crianças (DINI et al., 2011) ou pacientes com transtornos mentais (MARTINS; ARANTES; FORCELLA, 2008;).

Assim, as categorias cuidados mínimos, cuidados intermediários, cuidados alta dependência, cuidados semi-intensivos, cuidados intensivos são utilizadas para pacientes adultos e em pediatria (FUGULIN; GAIDZINKI; KURCGANT, 2005; DINI et al., 2011; PERROCA, 2011; 2013) enquanto dependência discreta, intermediária e plena no ICP voltado para pacientes com transtornos mentais (MARTINS; ARANTES; FORCELLA, 2008).

Para evitar equívocos é importante distinguir os conceitos ICP e Sistema de classificação de pacientes (SCP). Ressalta-se que o SCP é composto por um ICP, cálculo das horas de assistência por categoria de pessoal e medidas de validade e confiabilidade. Com a aplicação do SCP é possível fundamentar o dimensionamento e monitorização de produtividade da equipe de enfermagem, permitindo controle de custos e qualidade da assistência (FUGULIN; GAIDZINKI; KURCGANT, 2005; DINI et al., 2011; PERROCA, 2011; 2013; FUGULIN et al., 2015; FERREIRA, et al., 2017).

Pode-se dizer que o cuidado voltado para a demanda do paciente ocorre desde a época de Florence Nightingale, na Inglaterra, em meados do século XIX, onde os casos mais graves eram alocados nas proximidades das mesas das enfermeiras, visando não só

a racionalização das atividades, como também a garantia da qualidade assistencial em enfermagem (MARTINS; ARANTES; FORCELLA, 2008). Inicialmente, esta prática foi denominada como “Cuidado Progressivo ao Paciente (CPP)”. Os japoneses, na antiguidade, também utilizaram dessa ferramenta, por séculos, para classificar os pacientes de acordo como suas necessidades (PERROCA, 2011).

Os pioneiros em instrumentos sobre demanda de cuidados de enfermagem foram os pesquisadores do John Hopkins University and Hospital, em 1961, nos Estados Unidos, que além da classificação de pacientes, quanto o nível de dependência em categorias de cuidado, desenvolveram o cálculo da média de horas de assistência de enfermagem para cada categoria (FUGULIN; GAIDZINKI; KURCGANT, 2005).Sendo assim, os instrumentos para avaliação da demanda de atenção de enfermagem foram criados para estabelecer o perfil assistencial e permitem o cálculo da CT de enfermagem (ABREU; POMPEO; PERROCA, 2014).

No Brasil em 1972, a pesquisadora Ribeiro foi uma das pioneiras em avaliação na demanda de cuidados de enfermagem, e utilizou ainda o conceito CPP. Em 1994, Fugulin e colaboradores desenvolveram um SCP que foi implantado na Unidade de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (USP) evidenciando melhorias na qualidade da assistência aos pacientes e utilização racional de recursos humanos e materiais disponíveis (SANTOS et al., 2007; FUGULIN et al., 2015).

No final da década de 90 um instrumento foi desenvolvido para identificar a demanda de enfermagem e, consequentemente, mensurar a CT da equipe. O público alvo foram pacientes adultos, baseado nas necessidades individualizadas dos cuidados de enfermagem, composto por 13 áreas de cuidados: estado mental e nível de consciência, oxigenação, sinais vitais, nutrição e hidratação, motilidade, locomoção, cuidado corporal, eliminações, terapêutica, educação à saúde, comportamento, comunicação e integridade cutâneo-mucosa (PERROCA; GAIDZINSKI, 1998; PERROCA;-GAIDZINSKI, 2004). Alguns anos depois este instrumento foi refinado com o desenvolvimento e validação de uma nova versão (PERROCA, 2011; PERROCA, 2013).

Já na Área de Enfermagem Psiquiátrica, o primeiro estudo a respeito do ICP apareceu em 1982, acompanhando o início das discussões acerca da reforma psiquiátrica no período. Entre essas mudanças o foco dos estudos foram as práticas assistências, havendo nessa época uma eclosão de estudos a respeito de novas formas de cuidar em enfermagem psiquiátrica (PARDUE; DICK, 1986). O primeiro ICP psiquiátrico refere-se ao desenvolvido no Hospital Charles Frederick Menninger Memorial em Kansas nos

EUA por Schroder e Washington (1982), e aprimorado por Pardue e Dick (1986) gerando um maior grau de confiabilidade.

No início da década de 90, Ringerman e Luz (1990) publicaram um ICP desenvolvido no Hospital Psiquiátrico de Providence, EUA, tendo como referencial teórico a Teoria do Autocuidado de Doroty Orem. Constituído por sete áreas de cuidado: alimentação, eliminação, higiene, atividade e repouso, interação social, procedimentos e consultas ao paciente e família; com quatro níveis cada, sendo classificados nas categorias autocuidado preservado, assistência com orientação verbal, controle com assistência moderada e assistência verbal e física.

Em 1991, a fim de otimizar o tempo da enfermagem na classificação dos pacientes, foi desenvolvido, no Hospital Estadual da Dakota do Norte, EUA, um SCP computadorizado baseado no estudo pioneiro de Schroder e Washington (1982) e fornecendo as horas de enfermagem necessárias para cada categoria de cuidados; além do taxa de ocupação diária e a movimentação do paciente dentro da Instituição (NYGAARD; HANSEN, 1991).

Com o passar dos anos, as pesquisas foram avançando para outros países e na Espanha, em 2005, pesquisadores buscaram adaptar uma ferramenta, a Resources Utilization Groups (RUG T18), voltada para hospital geral à uma clientela de pacientes psiquiátricos, constatando a necessidade de refinamento devido a sua pouca sensibilidade para perceber mudanças nas condições psicopatológicas (IGLESIAS; VILLA, 2005). Em 2007, na Inglaterra, um estudo sobre avaliação da demanda de cuidados de enfermagem e sua relação com o número de pessoal pode obter o número adequado de equipe para uma boa qualidade de atendimento (RIDLEY, 2007).

Os estudos até então abordados foram em ambiente hospitalares, provavelmente devido ao histórico do ambiente hospitalar como um modelo consolidado de atenção à saúde (SANTOS; PINTO, 2017), sendo natural que as pesquisas de gestão do cuidado de enfermagem sejam mais frequentes com pacientes internados. Contudo, os estudos demonstram uma tendência em acompanhar os financiamentos destinados à saúde mental, priorizando a área comunitária (TRAPÉ; CAMPOS, 2017). Na Austrália, por exemplo, encontrou-se pesquisas em serviços comunitários de saúde mental voltadas para CT, identificação das atividades dos enfermeiros e o tempo despendido no cuidado baseado no perfil dos pacientes, demonstrando ferramentas com capacidade de gerenciar a intensidade do trabalho e adequar a CT, além de identificar as principais atividades e

tempo despendido nos cuidados, mostrando os avanços para saúde mental comunitária (HENDERSON et al., 2008; WILLIS et al., 2012; HESLOP et al., 2016).

No Brasil, foi desenvolvida, em 1989, uma escala para o uso da equipe de enfermagem na avaliação do paciente. Essa escala, denominada de Escala de Observação Interativa para Pacientes Psiquiátricos Internados (EOIPPI) estimula a interação da equipe de enfermagem com os pacientes (PEDRÃO, et al., 2001), no entanto, em termos de avaliação da demanda de cuidados de enfermagem na psiquiatria, somente em 2006 foi desenvolvido um ICP, denominado *Instrumento para Classificação do Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica* (ICP- Enfermagem Psiquiátrica) para viabilizar este processo, que além de basear-se em estudos internacionais, utilizou-se da EOIPPI e do ICP desenvolvido por Perroca e Gaidzinski (1998) (MARTINS; FORCELLA, 2006). Nenhum ICP desenvolvido no Brasil, até então, abrangia aspectos psíquicos e as necessidades dos pacientes com transtornos mentais.

O ICP-Enfermagem Psiquiátrica, construído e validado no Brasil (MARTINS; FORCELLA, 2006; MARTINS; ARANTES; FORCELLA, 2008), determina o nível de dependência dos pacientes acometidos por episódios agudos de transtornos mentais, com base em suas necessidades diante dos cuidados de enfermagem. É constituído por 11 áreas de cuidado, englobando, portanto, aspectos emocionais, aspectos comportamentais, a iminência de risco de vida relacionado ao suicídio, alterações na sensopercepção, discurso e pensamento, e a modulação do humor e afeto. As áreas de cuidado são: *cuidados com a aparência e higiene*; *expressão do pensamento*; *humor e afeto*; *atividades*; *interação social*; *alimentação e hidratação*; *sono*; *medicação*; *eliminações*; *sinais vitais e outros controles*; *queixas e problemas somáticos*. Cada área de cuidado possui três níveis de gradação, sendo a pontuação global variável de 11 a 33 pontos e podendo ser classificado em três categorias de cuidado denominadas de discreta (11 a 18), intermediária (19 a 26) e plena (27 a 33) (MARTINS; ARANTES; FORCELLA, 2008).

1.4 Legislação do Conselho Federal de Enfermagem a respeito dos ICP

Desde a Resolução nº 189/96, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) reconhece a importância da implementação de ICP na prática profissional de enfermagem, valorizando, assim, a Prática Baseada em Evidências (PBE). O cálculo de

pessoal de enfermagem deve ser embasado no ICP e a proporção dos elementos da equipe de enfermagem, distribuída em percentuais determinados nos diferentes tipos de cuidados: mínimo, intermediário, semi-intensivo e intensivo, na área de saúde mental, discreta, intermediária e plena (COFEN, 2017).

A Resolução Cofen 543/2017 que atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro dos profissionais de enfermagem, é a primeira a propor diretrizes para área de enfermagem em saúde mental. Traz em seu artigo 4º considerações para assistir pacientes psiquiátricos e de saúde mental, contribuindo para a especialidade. Ela recomenda o uso do ICP – Enfermagem Psiquiátrica aos serviços de saúde mental de funcionamento 24 horas, incluindo unidades de terapia intensiva psiquiátrica, serviços de pronto atendimento psiquiátrico, enfermarias psiquiátricas e CAPSIII, assim, enfermeiros e gestores encontram-se respaldados no cenário de prática.

Na literatura científica esse instrumento foi utilizado por alguns pesquisadores, tanto para investigação das necessidades de cuidados de enfermagem (OLIVEIRA; LAUS, 2011; MUKAI; JERICÓ; PERROCA, 2013; GATTI et al.,2019) e cálculo das horas médias de assistência dispensadas e a CT da equipe de enfermagem (MUKAI; JERICÓ; PERROCA, 2013). No entanto, não constam estudos abordando essa temática em CAPS e se a distribuição da equipe está associada com as reais demandas e a uma assistência de qualidade.

O entendimento dos benefícios da utilização deste instrumento e sua prática frequente possibilitará progressões nas investigações sobre demanda de atenção de pacientes psiquiátricos em relação à enfermagem. Deste modo faz-se necessário investir em estudos que ampliem o uso do ICP – Enfermagem Psiquiátrica, permitindo investigar a demanda de cuidados de enfermagem e sua funcionalidade nos CAPS, ressaltando que esses serviços constituem a base para desinstitucionalização e reabilitação psicossocial de pessoas com transtornos mentais, sendo essencial pensar em melhorias nos cuidados de enfermagem nesses cenários.

1.5 Revisão Integrativa de Literatura sobre a Carga de Trabalho em Enfermagem Psiquiátrica e Enfermagem em Saúde Mental

A revisão sobre CT na Enfermagem Psiquiátrica e em Enfermagem em Saúde Mental para presente tese justificou-se como uma estratégia para abranger os ICP,

ampliando as buscas de como os mesmos foram desenvolvidos no cenário nacional e internacional. No entanto, como a CT é um conceito usado amplamente na literatura científica e dividida em dimensões, esta revisão não ficou restrita apenas aos ICP.

Assim, para melhor compreensão da CT, é necessário entender como esta tem sido categorizada. Na presente Revisão Integrativa de Literatura a categorização utilizada classifica a CT em sete dimensões: *dimensão quantitativa* que engloba a identificação e a mensuração do tempo consumido pelo enfermeiro na realização de suas atividades de cuidados, incluindo o ICP. A *qualitativa* constituída pelas condições de trabalho; a *dimensão cognitiva* inclui o esforço mental e a sobrecarga de informação. O esforço físico com o manuseio do paciente, corresponde à *física*, e o impacto do trabalho na saúde mental do trabalhador corresponde à *dimensão emocional*. A *pressão do tempo* está relacionada aos prazos curtos e à necessidade de trabalhar rápido, e a *variabilidade da CT*, como o próprio nome diz, são as mudanças constantes, o seu aumento e ou a sua diminuição (CARAYON; ALVARADO, 2007).

A Revisão referida foi fundamentada na metodologia proposta por Whittemore e Knafl (2005), com cinco fases sequenciais, amplamente utilizada na literatura científica (SOARES et al., 2014; HOPIA; LATVALA; LIIMATAINEN, 2016; AKERJORDET; FURUNES; HAVER, 2018; COPELI; ERDMANN; SANTOS, 2019). Este tipo de revisão possibilita a construção e demonstração do estado da ciência, contribuindo para o desenvolvimento de teorias que poderão ser aplicadas e constituir novas políticas públicas (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). É considerada a única abordagem que permite a combinação de diversas metodologias, destacando-se, portanto, por seu potencial de contribuição para a PBE em enfermagem (HOPIA; LATVALA; LIIMATAINEN, 2016).

Na fase inicial de uma Revisão Integrativa sistematizada é essencial a objetividade na identificação do problema (WHITTEMORE; KNAFL, 2005), visto que influenciará em todo o processo de pesquisa, desde a organização dos resultados até a compreensão do fenômeno estudado **(**HOPIA; LATVALA; LIIMATAINEN, 2016).

Dentre os aspectos a serem considerados na elaboração da pergunta de pesquisa, estão: a clareza em sua definição, as teorias utilizadas a respeito do conceito estudado, as abordagens encontradas na literatura sobre a temática, a presença ou não de revisões anteriores, e o conhecimento dos pesquisadores (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; SOARES et al., 2014).

Diante disso, a presente Revisão Integrativa de Literatura teve a seguinte questão norteadora: *Quais abordagens sobre carga de trabalho da equipe de Enfermagem Psiquiátrica e de Enfermagem em Saúde Mental são encontradas na literatura científica?*

A condução desta etapa de busca na literatura de maneira criteriosa teve por finalidade garantir a validade e confiabilidade da pesquisa (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). O número mínimo de estratégias de buscas sugerido varia de dois a três, sendo que uma busca abrangente propicia a recuperação de um maior número de estudos elegíveis (WHITTEMORE, KNAFL, 2005; SOARES et al., 2014).

A operacionalização desta Revisão teve início com a consulta das palavras-chaves e descritores no *Medical Subject Headings* (MESH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) em português, inglês e espanhol. As seis bases de dados acadêmicas utilizadas foram: PubMed/MEDLINE da *National Library of Medicine, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), EMBASE, SCOPUS e Web of Science. Devido às particularidades de cada base de dados, foram utilizados descritores controlados, palavras-chave, sinônimos e operadores booleanos, conforme apresentados na **Tabela 1**.

Tabela 1 - Estratégias de busca nas bases de dados. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

Base de dados	Descritores, Palavras-chave, e Operadores booleanos
PubMed, EMBASE, CINAHL, SCOPUS, WEB OF SCIENCE	(workload OR classification) AND ("Psychiatric Nursing" OR "Mental Health Nursing") AND (nurses OR "nursing staff" OR "staff nursing" OR "nursing staffs" OR "nurse staffing" OR "Staff Nurses" OR "nursing personnel" OR "Nursing, Team" OR "Nursing Team" OR "Team Nursing").
LILACS	(workload OR "carga de trabajo" OR "carga de trabalho" OR classification OR classificação) AND ("psychiatric nursing" OR "enfermería psiquiátrica" OR "enfermagem psiquiátrica") AND ("Nursing Staff" OR "Personal de Enfermería" OR "Recursos Humanos de Enfermagem").

Fonte: Elaborada pela pesquisadora.

Definiram-se como critérios de elegibilidade os artigos com resumos disponíveis nos idiomas português, inglês e espanhol, abordando CT da equipe de enfermagem na área de psiquiatria e de saúde mental. A literatura cinzenta e novos estudos, após terminado o período de busca (março de 2019), não foram incluídos na pesquisa.

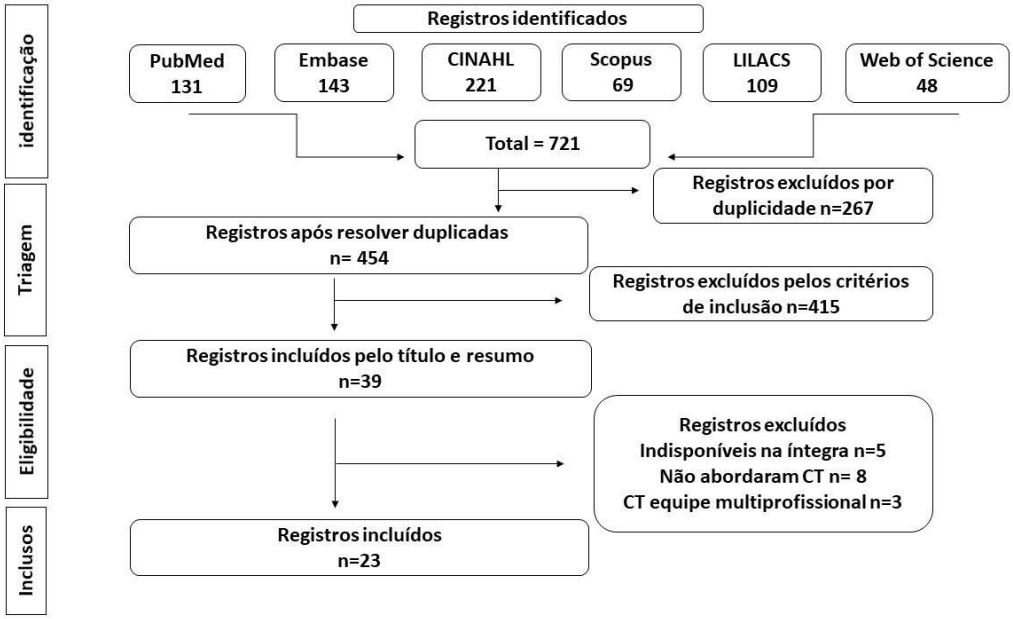
O recorte temporal foi abrangente e intencional, de janeiro de 2005 a março de 2019, com a finalidade de compreender como a produção científica foi impactada pela reorganização do trabalho do enfermeiro na área de psiquiatria e de saúde mental.

Relativo à avaliação dos dados, os estudos identificados foram triados com a utilização de um programa de suporte a revisões denominado *Rayaan* (OUZZANI et al., 2016). Este programa permite a seleção dos artigos de forma mais rápida e eficaz, mantendo oculta as decisões de cada revisor, e inclui a resolução das duplicações.

A avaliação dos dados seguiu cinco passos: 1. identificação dos estudos (N=721); 2. importação das buscas para plataforma do programa *Rayyan*; 3. resolução das duplicidades (N=454); 4. pré-seleção a partir da leitura dos títulos e resumos (N=39); 5. leitura na íntegra e seleção da amostra final (N=23). Seguindo a recomendação para revisões integrativas, todo o processo de avaliação dos dados foi realizado por dois pesquisadores e de forma independente (WHITTEMORE; KNAFL, 2005; SOARES et al., 2014).

As estratégias de busca utilizadas nas respectivas bases de dados e os motivos da exclusão encontram-se apresentados na **Figura 1**. A construção do fluxograma seguiu a recomendação PRISMA (Principais Itens para Relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises) (STEWART et al., 2015).

Figura 1 - Fluxograma utilizado para seleção dos estudos. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.



Fonte: Elaborada pela pesquisadora.

Com relação à análise dos dados, esta consiste na escolha, reunião e síntese das principais informações a serem extraídas dos estudos selecionados e para isso um instrumento, previamente elaborado, deve ser aplicado (HOPIA; LATVALA; LIIMATAINEN, 2016).

Assim, a partir da análise de cada um dos estudos preencheu-se um instrumento para extração de dados com as seguintes informações: ano, país, tipo de estudo, cenário, abordagem, resultados, dimensão da carga de trabalho (CT) abordada e conclusão.

As cinco dimensões da CT, consideradas neste estudo, foram adaptadas das sete propostas por Carayon e Alvarado (2007), constituindo-se em *quantitativa, qualitativa, cognitiva, física e emocional*. Destaca-se que *a variabilidade da carga de trabalho* foi incorporada à dimensão *quantitativa* e a *pressão do tempo* à dimensão *cognitiva*.

Considerando os resultados sobre CT em Enfermagem Psiquiátrica e Enfermagem em Saúde Mental, foram selecionados 23 artigos originais que atenderam aos critérios de inclusão e estão descritos segundo o título completo e autoria na **Tabela 2**.

Tabela 2 - Artigos originais selecionados para revisão de literatura (n=23). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

	Título	**Autoria**
1	A system of patient classification in long-term sychiatric inpatients: Resource Utilization Groups T-18 (RUG T-18).	Iglesias C, Villa MJA
2	O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores	Carvalho, Felli
3	Mapping nursing activity in acute inpatient mental healthcare settings.	Bee PE, Richards DA, Loftus SJ, Baker JA, Bailey L, Lovell K, et al.
4	Relating nursing workload to quality of care in child and adolescent mental health inpatient services	Ridley C.
5	Workplace Stressors and Coping Strategies Among Chinese Psychiatric Nurses	Cai ZX, Li K, Zhang XC
6	Sistema de Classificação de Pacientes na Enfermagem Psiquiátrica: validação clínica	Martins PASF, Arantes EC, Forcella HT.
7	Community mental health nursing: Keeping pace with care delivery?	Henderson J, Willis E, Walter B, Toffoli L
8	Nurses' everyday activities in hospital care.	Furaker C.
9	An Exploratory Analysis of the Relationship Between Psychiatric Nurses' Perceptions of Workload and Unit Activity	Gerolamo AM
10	Experiences of stress among nurses in acute mental health settings	Currid T

Continua

Continuação

	Título	**Autoria**
11	Characterization of patients in psychiatric hospitalization units according to the degree of dependence on nursing care.	Oliveira RS, Laus AM.
12	Investigating the impact of psychosocial risks and occupational stress on psychiatric hospital nurses'mental well-being in Japan	Leka S, Hassard J, Yanagida A
13	Occupational Stress, Social Support, and Quality of Life among Jordanian Mental Health Nurses	Hamaideh SH.
14	Calculating nurse staffing in community mental health and community health settings in South Australia	Willis E, Henderson J, Toffoli L, Walter B
15	Nurse practice environment, workload, burnout, job outcomes, and quality of care in psychiatric hospitals: a structural equation model approach.	Van Bogaert P, Clarke S, Willems R, Mondelaers M
16	Care needs and workload required by institutionalised psychiatric patients	Mukai HA, Jericó MC, Perroca MG
17	Job-related stress in psychiatric nurses in Japan caring for elderly patients with dementia	Yada et al., 2014
18	Occupational stressors, burnout and coping strategies between hospital and community psychiatric nurses in a Dublin region	McTiernan K, McDonald N.
19	Using workload measurement tools in diverse care contexts: the experience of staff in mental health and learning disability inpatient settings	Fanneran T, Brimblecombe N, Bradley E, Gregory S..
20	Nursing workload in mental health.	Alves SR, Santos RP, Gimenes RMT, Yamaguchi MU
21	Mental health nurses' contributions to Community mental health care: An Australian study.	Heslop B, Wynaden D, Tohotoa J, Heslop K.
22	Burnout evaluation and potential predictors in a greek cohort of mental health nurses.	Konstantinoua AK, Bonotisa K, Sokratousb M, Siokasb V, Dardiotis E.
23	Incidence, Type, Related Factors, and Effect of Workplace Violence on Mental Health Nurses: A Cross-sectional Survey.	Yang BX, Stone TE, Petrini MA, Morris DL

Fonte: Elaborada pela pesquisadora.

A síntese da produção científica avaliada encontra-se distribuída em quadros (**Quadro 1 e Quadro 2**) por ordem crescente do ano de publicação e dimensão da CT abordada. Estão detalhados segundo autoria, ano e país; tipo de estudo e cenário, abordagem; resultados e conclusão.

Quadro 1 - Distribuição dos artigos selecionados na revisão integrativa na dimensão quantitativa da Carga de Trabalho (n=12). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

Autoria, Ano e País	Tipo de Estudo	Abordagem	Resultados e Conclusão
Iglesias, Villa, 2005 Espanha	Observacional Hospital psiquiátrico	Aplicação do instrumento Resources Utilization Groups (RUG T18) para categorização dos cuidados de pacientes psiquiátricos.	61,3% dos pacientes classificados na categoria de problemas comportamentais graves. Instrumento necessita refinamento devido a sua pouca sensibilidade para perceber mudanças nas condições psicopatológicas.
Bee et al. 2006 Reino Unido	Descritivo 3 Unidades de internação Psiquiátricas de Hospitais gerais	Classificação de atividades realizadas pela equipe de enfermagem em saúde mental; Identificação do tempo dedicado aos cuidados diretos e indiretos.	Maior atuação dos enfermeiros em *Comunicação Profissional* (35,5%) e dos auxiliares em *atividades diretas com o paciente* (63,5%). Tempo médio relatado: 31,7 min/h (auxiliares) e 18,5 min/h (enfermeiros).
Ridley 2007 Reino Unido	Observacional Unidade de internação psiquiátrica de Hospital de Crianças e Adolescentes.	Avaliação da dependência dos cuidados de enfermagem e sua relação com o número de pessoal na equipe e com a qualidade de atendimento.	A partir do nível de dependência dos pacientes constatou-se que 10 funcionários/dia são insuficientes e que 12 mostrou-se ser adequado para gerar um escore de "bom" ou "muito bom" na qualidade de atendimento.
Martins, Arantes, Forcella, 2008 Brasil	Descritivo-exploratório Hospital psiquiátrico	Avaliação da confiabilidade, grau de concordância e validade de constructo de um instrumento de classificação das necessidades de cuidados de pacientes com transtornos mentais.	O instrumento foi considerado confiável, com índices satisfatórios de concordância e constructo validado.
Henderson et al. 2008 Austrália	Pesquisa-ação (grupos focais) Serviço comunitário de saúde mental	Identificação de fatores que contribuem para a CT de enfermeiros considerando 4 aspectos: Equipe, Características do cliente, Organização local e Sistema de saúde.	Equipe: falta de pessoal para atender à demanda. Características do cliente: maior impacto na carga de trabalho. Organização local: acesso ao serviço. Sistema de saúde: falta de integração dos serviços, e o tempo gasto com burocracias.

Continua

Continuação

Autoria, Ano e País	Tipo de Estudo	Abordagem	Resultados e Conclusão
Furaker 2009 Suécia	Documental Unidades de internação médica, cirúrgica, geriátrica e psiquiátrica de Hospital geral	Avaliação do tempo gasto nas atividades dos enfermeiros.	Em média, 38% do trabalho de todas as unidades constituiu-se em cuidado direto. A unidade psiquiátrica consumiu maior tempo do que outras unidades:100 min/dia em *Enfermagem Geral e* 150 min/dia em A*tividades administrativas.*
Gerolamo 2009 Estados Unidos	Documental Hospital Psiquiátrico	Análise da relação entre as atividades realizadas e as percepções dos enfermeiros sobre suas cargas de trabalho	O nº de escores elevados de atividade foi relacionado ao nº total de turnos que os enfermeiros relataram a CT como 4 (médio a pesado) ou 5 (pesado).
Oliveira, Laus, 2011. Brasil	Descritivo Unidades de internação psiquiátrica de um Hospital Geral.	Caracterização dos pacientes internados segundo o grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem.	Mais de 60% dos pacientes foram classificados no grau de dependência discreta.
Willis et al., 2012 Austrália	Pesquisa-ação, (grupos focais) Serviço comunitário de saúde mental	Desenvolvimento e a avaliação preliminar de ferramenta para adequar de forma igualitária a CT de enfermeiras que atuam em saúde mental comunitária e saúde comunitária.	Ferramenta mostrou-se capaz de gerenciar a intensidade do trabalho, adequar a CT e aumentar a transparência em torno das práticas de trabalho.
Mukai, Jericó, Perroca 2013 Brasil	Descritivo Hospital neuro-psiquiátrico	Investigação das necessidades de cuidados de enfermagem, as horas médias de assistência dispensadas e a CT da equipe de enfermagem.	Observou-se 73,3% dos pacientes com nível de dependência discreta. Horas médias de assistência: 0,57 a 0,88 (enfermeiros) e 1,97 a 3,16 (auxiliares de enfermagem). A carga média:119,6 a 183 h.
Fanneran et al., 2015 Reino Unido	Qualitativo 6 Unidades de internação psiquiátrica e de deficiência aprendizagem em Hospitais gerais.	Avaliação da experiência de equipes de enfermagem na utilização das ferramentas "Safer Nursing Care Tool"(SNCT) e a "Mental Health and Learning Disability Workload Tool" (MHLDWT).	SNCT: 79% consideraram prático, fácil de usar e adequado para o cálculo de requisitos de pessoal; com capacidade limitada de capturar "todas as atividades". MHLDWT: 57% é prático, fácil de usar e adequado para calcular os requisitos de pessoal; para maioria demorado e mais difícil de usar.

Continua

Conclusão

Autoria, Ano e País	Tipo de Estudo	Abordagem	Resultados e Conclusão
Heslop et al., 2016 Austrália	Qualitativo (grupos focais) 4 Serviços comunitários de saúde mental	Identificação das atividades dos enfermeiros e mensuração do tempo despendido.	Foram identificadas 18 atividades. Destacaram: "coordenação interna dos cuidados" (285h), "documentação clínica" (283,3h), "monitorização da psicopatologia dos clientes" (175h).

Fonte: Elaborada pela pesquisadora; Nota: CT – Carga de trabalho.

Quadro 2 - Distribuição dos artigos selecionados na revisão integrativa pela dimensão emocional da Carga de Trabalho (n=11). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

Autor, Ano, País	Tipo de Estudo e Cenário	Abordagem	Resultados e Conclusão
Carvalho, Felli 2006 Brasil	Estudo de caso (grupos focais) Hospital psiquiátrico	Identificação das cargas de trabalho e estratégias de enfrentamento de trabalhadores de enfermagem.	A carga psíquica foi considerada como potencializadora das demais (físicas, fisiológicas, biológicas, mecânicas e químicas), gerando um processo de desgaste físico e mental; Estratégias de enfrentamento: suporte dos colegas de trabalho.
Cai, Li, Zhang 2008 China	Exploratório transversal Unidades de internação psiquiátrica de dois Hospitais de Ensino e um Psiquiátrico	Identificação de estressores no local de trabalho de enfermeiros psiquiátricos e suas estratégias de enfrentamento.	CT e lidar com a morte tiveram escores mais altos. Formas de enfrentamento positivo foram utilizadas pela maioria dos entrevistados.
Currid 2009 Reino Unido	Fenomenologia hermenêutica 4 Unidades de internação psiquiátrica de Hospitais Gerais	Avaliação dos estressores ocupacionais vivenciados por enfermeiros.	Encontrou-se: pressões (dos gestores, falta de leitos, CT); comportamento agressivo dos clientes (hostilidade, intimidações, violência física); incapacidade de se desligar do trabalho.

Continua

Continuação

Autor, Ano, País	Tipo de Estudo e Cenário	Abordagem	Resultados e Conclusão
Leka, Hassard, Yanagida, 2012 Japão	Descritivo-exploratório 6 Hospitais Psiquiátricos	Avaliação dos fatores demográficos e riscos psicossociais associados a duas dimensões do bem-estar geral: sentir-se tenso e exaustão emocional entre enfermeiros.	Exaustão emocional mais elevada em enfermeiros jovens; associou-se com altas demandas de trabalho psicológico e baixo apoio social no trabalho. Houve associação com altas demandas de trabalho psicológico, baixo controle psicológico e baixo apoio social no trabalho.
Hamaideh 2012 Jordânia	Correlacional Unidades de internação de hospitais psiquiátricos público, privado e das forças armadas	Avaliação do estresse ocupacional, apoio social e qualidade de vida entre os enfermeiros.	Estressores ocupacionais mais frequentes: "dificuldades com os clientes", "falta de recursos" e "CT". Fatores preditores do estresse ocupacional: baixo apoio social, baixa qualidade de vida.
Van Bogaert et al, 2013 Bélgica	Quantitativo 2 Hospitais Psiquiátricos	Avaliação das relações entre o ambiente da prática, a CT, o burnout, as respostas ao trabalho e a qualidade do cuidado avaliada pelo enfermeiro.	Avaliações positivas das dimensões do ambiente de prática previram resultados como satisfação no trabalho e baixa intenção de deixar o hospital/profissão e alta qualidade da assistência.
Yada et al., 2014 Japão	Descritivo-exploratório Seis Hospitais Psiquiátricos	Investigação do estresse ocupacional em enfermeiros psiquiátricos que cuidam de pacientes idosos internados com sintomas de demência.	Os estressores mais significativos foram a carga de trabalho física e o ambiente de trabalho. As reações mais frequentes ao estresse foram irritabilidade e ansiedade.
McTiernan, McDonald, 2015 Irlanda	Comparativo Hospital Psiquiátrico e Serviço comunitário de saúde mental	Avaliação de estressores de enfermeiros psiquiátricos. Comparação do estresse ocupacional, estratégias de enfrentamento e burnout entre enfermeiros psiquiátricos que atuam em ambiente hospitalar com os que atuam em serviços comunitários.	Estressores: falta de recursos, dificuldades com o cliente e CT, que foi fator preditivo de exaustão emocional. Ambos os grupos relataram níveis médios de exaustão emocional e utilizaram estratégias de enfrentamento evitativas. Enfermeiros de hospitais: maiores escores de despersonalização; enfermeiros de serviços comunitários: maior realização pessoal.

Continua

Conclusão

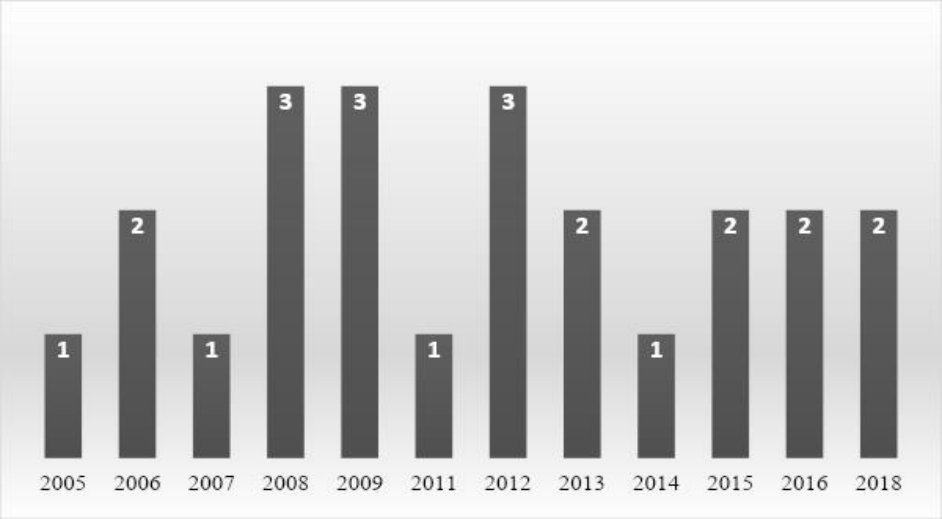
Autor, Ano, País	**Tipo de Estudo e Cenário**	**Abordagem**	**Resultados e Conclusão**
Alves et al., 2016 Brasil	Comparativo 2 Hospitais psiquiátricos	Avaliação da sobrecarga de trabalho entre profissionais de enfermagem que atuam em hospitais psiquiátricos público e privado.	Não houve diferença significativa na avaliação da sobrecarga entre os grupos, no entanto, a equipe do serviço privado mostrou médias maiores de sobrecarga em todos os aspectos na avaliação individual de cada subescala.
Konstantinou a et al., 2018 Grécia	Quantitativa Clínica psiquiátrica privada	Investigação da relação entre conflito e ambiguidade de papéis, comprometimento organizacional e satisfação no trabalho com o burnout.	Os fatores preditores de burnout foram: conflito de papéis, satisfação com a CT, satisfação com o treinamento, ambiguidade do papel, satisfação com remuneração e problemas familiares.
Yang et al., 2018 China	Descritivo-exploratório Hospital psiquiátrico	Investigação da incidência, do tipo, dos fatores relacionados e dos efeitos da violência no trabalho; o nível de burnout e estratégias de enfrentamento de enfermeiros.	Alta incidência (94,6%) de violência (agressão verbal e física, assédio sexual). Efeitos: sentimentos de injustiça, depressão e raiva. Níveis de burnout aumentaram com a idade, cargo, anos de trabalho. Estratégias de enfrentamento: pedir ajuda aos colegas e supervisores, contenção física e evitar os pacientes.

Fonte: Elaborada pela pesquisadora; Nota: CT – Carga de trabalho.

Os resultados evidenciam frequências maiores de publicação nos anos de 2008, 2009 e 2012. Dez artigos foram identificados no período de 2005 a 2010 e 13 artigos entre 2011 a 2018. Notou-se que com o passar do tempo há uma mudança no foco dos estudiosos a respeito das abordagens, sendo nos primeiros anos o predomínio da dimensão quantitativa envolvendo construção e desenvolvimento de instrumentos de mensuração da CT. Após, inicia-se um período com estudos voltados para estressores ocupacionais, abrangendo a dimensão emocional, e por fim, há maior ênfase em pesquisas sobre a satisfação e estratégias de enfrentamento da equipe de Enfermagem Psiquiátrica

e Enfermagem em Saúde mental. A **Figura 2** mostra a distribuição das publicações por ano.

Figura 2 – Distribuição de publicações por ano (n=23). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

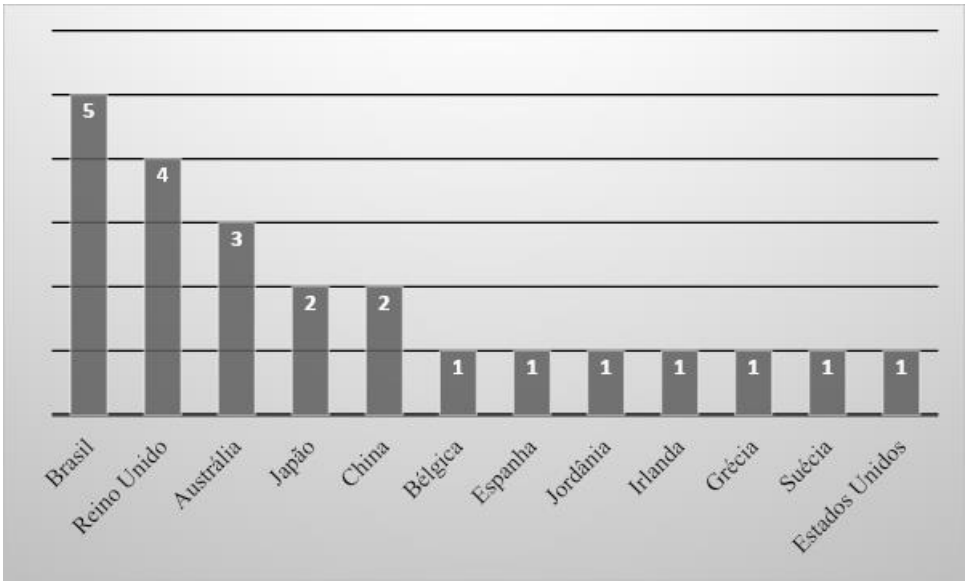


Fonte: Elaborada pela pesquisadora.

Considerando a distribuição da produção científica, a mesma esteve presente nos quatro continentes, com maior frequência na Europa, destacando o Reino Unido. Outros países com importante contribuição foram Austrália, Japão e China. Em relação ao Brasil, constatou-se o maior número de produções, sendo o único da América do Sul, no período investigado, a contribuir com a temática.

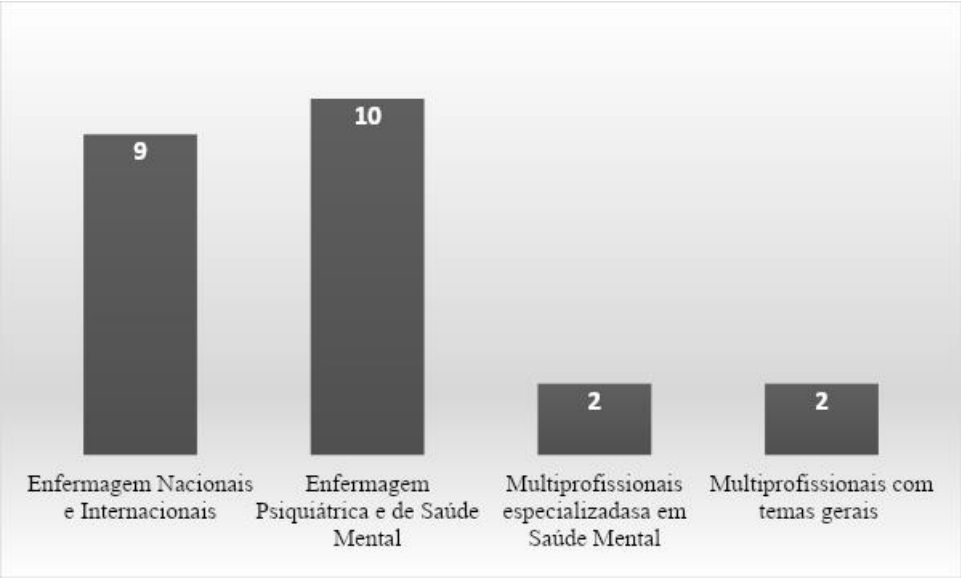
As publicações ocorreram em revistas de enfermagem nacionais e internacionais, que abordaram assuntos genéricos, em especializadas em Enfermagem Psiquiátrica e Enfermagem em Saúde Mental, em revistas multiprofissionais especializadas em saúde mental e em revistas multiprofissionais com temas gerais. As **Figuras 3 e 4** mostram a distribuição das publicações por países e tipo de revistas.

Figura 3 - Distribuição de publicações por países (n=23). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019



Fonte: Elaborada pela pesquisadora.

Figura 4 – Distribuição de publicações por tipo de revistas (n=23). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

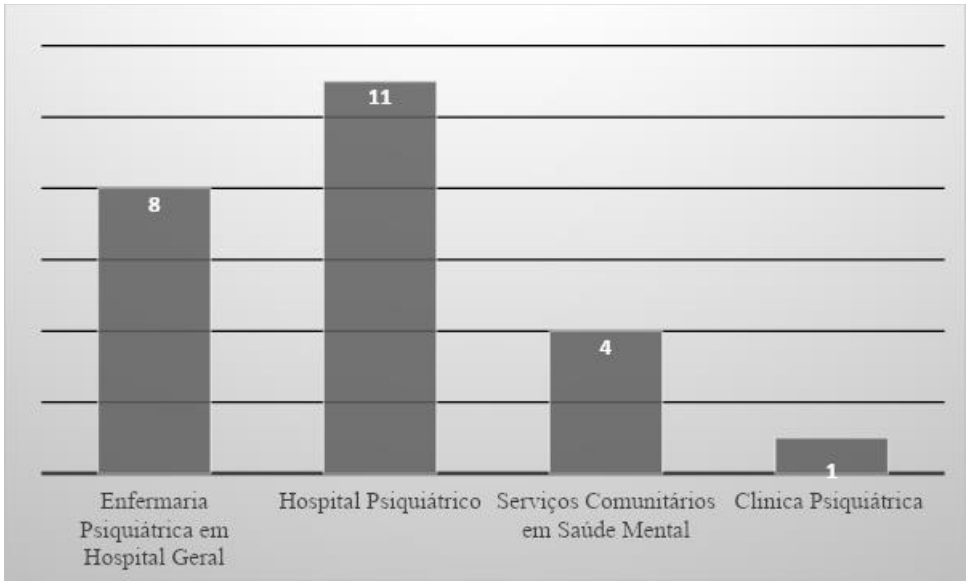


Fonte: Elaborada pela pesquisadora.

Os artigos também foram avaliados quanto aos cenários de realização das pesquisas e destaca-se a utilização de mais de um cenário em um mesmo estudo. O mais

frequente foram os hospitais psiquiátricos, seguido de unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais. A **Figura 5** demonstra a frequência desses resultados.

Figura 5 – Distribuição dos cenários de pesquisa dos artigos selecionados. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.



Fonte: Elaborada pela pesquisadora.

A respeito das abordagens da CT identificadas, houve equilíbrio numérico nas produções das dimensões quantitativa e emocional com oscilações no decorrer dos anos, como citado anteriormente.

A dimensão quantitativa da CT foi abordada por 12 produções, concentradas no Reino Unido, Brasil e Austrália, abrangendo os seguintes temas: avaliação da demanda de cuidados de pacientes(RIDLEY, 2007; OLIVEIRA; LAUS, 2011; MUKAI; JERICÓ; PERROCA, 2013); identificação de atividades realizadas pela equipe (BEE et al., 2006; GEROLAMO, 2009; HESLOP et al., 2016), mensuração do tempo despendido (BEE et al., 2006; FURAKER, 2009; HESLOP et al., 2016), mensuração das horas de assistência e CT (MUKAI; JERICÓ; PERROCA, 2013); desenvolvimento (WILLIS et al., 2012) teste, aplicação (IGLESIAS; VILLA, 2005; FANNERAN et al., 2015) e validação de instrumento para mensuração da CT (MARTINS; ARANTES; FORCELLA, 2008) e, ainda, identificação de fatores que contribuem para a CT (HENDERSON et al., 2008).

Como detalhado no *item 1.3* da Introdução, o desenvolvimento de ICP e consequentemente, os de mensuração da CT, iniciou-se na década de 60 nos Estados Unidos e somente a partir da década de 90 foram desenvolvidos no Brasil (ABREU; POMPEU; PERROCA, 2014). O surgimento dessas ferramentas ocorreu em áreas clínicas que não a Enfermagem Psiquiátrica, e, desta forma, davam mais ênfase às características somáticas, com pouca sensibilidade para as mudanças nas condições psicopatológicas dos pacientes (IGLESIAS; VILLA, 2005; MARTINS; ARANTES; FORCELLA, 2008). Considerando que a Reforma Psiquiátrica é recente, e portanto, as mudanças nas políticas públicas nesta área acompanharam esse processo, culminando no desenvolvimento de instrumentos de mensuração de CT na década de 1980, nos Estados Unidos(SCHRODER; WASHINGNTON, 1982), e em 2006, no Brasil(MARTINS; ARANTES; FORCELLA, 2008).

Poucas produções foram identificadas sobre a utilização das ferramentas desenvolvidas, assim, não há uma clareza nos obstáculos para o uso de instrumentos de mensuração. O ICP-Enfermagem Psiquiátrica (MARTINS; ARANTES; FORCELLA; 2008) foi desenvolvido e validado no Brasil há mais dez anos e na presente Revisão foram identificadas duas investigações com sua aplicação no cenário de pratica. A primeira delas para identificação da demanda de cuidados dos pacientes em relação à enfermagem e seu perfil assistencial (OLIVEIRA; LAUS, 2011), e a segunda envolveu o planejamento assistencial, mensuração das horas de assistência e cálculo da CT (MUKAI; JERICÓ; PERROCA, 2013).

A respeito da outra dimensão da CT identificada, a emocional, 11 artigos foram encontrados com as seguintes temáticas: identificação de estressores no ambiente de trabalho e estratégias de enfrentamento (CARVALHO; FELLI, 2006; CAI; LI; ZHANG, 2008; CURRID, 2009; YADA et al., 2014; MCTIERNAN; MCDONALD, 2015); ambiente de trabalho e riscos psicossociais: exaustão (LEKA; HASSARD; YANAGIDA, 2012); apoio social e qualidade de vida (HAMAIDEH, 2012); CT e qualidade do cuidado (VAN BOGAERT et al., 2013); sobrecarga de trabalho(ALVES et al., 2016); conflito e satisfação (KONSTANTINOUA et al., 2018) e violência no trabalho (YANG et al., 2018).

Os resultados evidenciaram a dificuldade no manejo do paciente como um dos estressores ocupacionais da equipe (MCTIERNAN; MCDONALD, 2015; HAMAIDEH, 2012). Considerando que uma das principais intervenções da Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental é o relacionamento enfermeiro-paciente, o que exige do profissional

habilidades como a empatia, a assertividade, a escuta ativa, o não julgamento, demandando disponibilidade física e emocional do mesmo (DELANEY; JOHNSON, 2014; JUNQUEIRA; ANDRADE, 2017), evidenciando, portanto, a necessidade de priorizar treinamentos e capacitações voltadas a essas práticas.

Nas estratégias de enfrentamento destacaram-se a busca de apoio com os colegas de trabalho, o comportamento evitativo e a contenção mecânica (CARVALHO; FELLI, 2006; MCTIERNAN; MCDONALD, 2015; YANG et al., 2018). A primeira estratégia indica que muitos profissionais buscam por ajuda no trabalho, no entanto não significa que estes sentem-se apoiados, já que em outro estudo os resultados demonstram que muitos profissionais de enfermagem não se sentem apoiados no ambiente de trabalho (HAMAIDEH, 2012).

A segunda e terceira estratégias supracitadas são preocupantes, pois, o comportamento evitativo pode comprometer o tratamento do paciente, pois o profissional dificilmente conseguirá interagir da forma adequada e terapêutica exigida pela sua prática (DELANEY; JOHNSON, 2014). A contenção física consiste em uma técnica coercitiva, utilizada em situações específicas, após tentativas de outras condutas terapêuticas. A decisão em realizá-la é tomada em conjunto pela equipe multiprofissional, não permitindo uso indiscriminado (DEL BEN et al., 2017). Portanto, constitui uma estratégia inadequada de enfrentamento que esbarra na conduta ética desse profissional de saúde. Pode-se inferir com esses achados da revisão a necessidade de treinamentos e o estabelecimento de formas de apoio.

A qualidade da assistência de enfermagem está intimamente associada à saúde mental de sua equipe, por isso, essa dimensão da CT vem sendo estudada cada vez mais, principalmente na Enfermagem Psiquiátrica e Enfermagem em Saúde Mental (FERNANDES; SOARES; SILVA, 2018). Nesta Revisão Integrativa evidenciou-se que os estressores ocupacionais estão associados a uma exaustão emocional e sobrecarga psíquica elevadas (CARVALHO; FELLI, 2006; MCTIERNAN; MCDONALD, 2015; LEKA; HASSARD; YANAGIDA, 2012), o que reflete na qualidade do cuidado realizado por esses profissionais (VAN BOGAERT et al., 2013).

As dimensões física, cognitiva e qualitativa da CT não foram identificadas pela Revisão. Alguns estudos abordaram essas temáticas, mas não foram investigados sob a ótica da CT que geram sobre o profissional desta especialidade. Pode-se observar que apesar de distinguir as dimensões da CT, as mesmas se permeiam, podendo uma influenciar a outra. Um exemplo: as altas CT da dimensão quantitativa geram elevadas

CT na emocional, ou seja, quanto maior demanda de trabalho, maior poderá ser o nível de exaustão do profissional. Assim, quando há investimento em melhorias em uma dimensão poderá implicar benefícios a todas as outras.

2 JUSTIFICATIVA E QUESTÕES NORTEADORAS

A realização do presente estudo se justifica pela ausência de pesquisas referentes à demanda assistencial de usuários de CAPS em relação à Enfermagem, particularmente a Enfermagem Psiquiátrica e Enfermagem em Saúde Mental, mediante uso de ICP, e, também, por não terem sido encontradas constatações dos enfermeiros sobre a utilização desta ferramenta na prática clínica. As questões que seguem nortearam o seu desenvolvimento foram:

1) Quais são as necessidades de atenção de enfermagem de usuários de CAPS?

2) Encontram-se diferenças entre as modalidades CAPS?

3) Existe associação entre as categorias de cuidados do ICP-Enfermagem Psiquiátrica e as variáveis demográficas e clinicas estudadas?

4) Há fatores preditores para maior necessidade de atenção de enfermagem?

5) Qual a percepção dos enfermeiros sobre a aplicabilidade do ICP-Enfermagem Psiquiátrica nos CAPS?

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Investigar a demanda de cuidados de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial.

3.2 Específicos

1) Avaliar as necessidades de atenção de enfermagem de usuários dos CAPS estudados;
2) Comparar as variáveis demográficas e clínicas entre as categorias de cuidados;
3) Investigar os fatores preditores para as necessidades de atenção de enfermagem;
4) Avaliar a opinião dos enfermeiros que atuam nos CAPS estudados sobre a aplicabilidade do Instrumento para Classificação do Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica.

4 MÉTODO

A pesquisa foi desenvolvida em duas etapas. A **Etapa 1**, consistiu na avaliação da demanda de atenção de enfermagem de usuários nos CAPS pelos enfermeiros, e a **Etapa 2**, na investigação sobre percepção dos enfermeiros dos CAPS a respeito da aplicabilidade de um instrumento para classificação de pacientes segundo o nível de dependência de cuidados de enfermagem.

A trajetória metodológica percorrida encontra-se detalhada a seguir.

4.1 Delineamento do estudo

Etapa 1 – Demanda de cuidados de enfermagem nos CAPS

Tratou-se de um estudo descritivo, exploratório, transversal, de abordagem quantitativa.

O método exploratório tem como objetivo a construção de hipóteses ou a maior familiaridade com o problema, tornando-o explícito (GIL, 2018). No estudo transversal os dados são coletados em um único ponto temporal e os fenômenos estudados são contemplados durante o período de coleta de dados (POLIT; HUNGLER, 2019).

A abordagem quantitativa envolve a coleta sistemática de informação numérica mediante condições de controle, possibilitando a análise panorâmica das informações e a utilização confiável de procedimentos estatísticos (POLIT; HUNGLER, 2019).

Etapa 2 – Percepção dos Enfermeiros sobre o ICP-Enfermagem Psiquiátrica nos CAPS

Utilizou-se o método misto, denominado Estratégia de Triangulação Concomitante, envolveu a coleta de dados qualitativos e quantitativos concomitantemente, a fim de compará-los para determinar convergência, diferença ou alguma combinação entre os mesmos (OLIVEIRA; MAGALHÃES; MISUEMATSUDA, 2018). Vale ressaltar que as abordagens se diferem na natureza

quantitativa e qualitativa do método e não em grau de importância ou em nível hierárquico (MINAYO, 2014).

A abordagem qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, e responde a questões que não são ou não deveriam ser quantificadas (MINAYO, 2014 Assim, o método misto tem por finalidade aprofundar e expandir o conhecimento (OLIVEIRA; MAGALHÃES; MISUEMATSUDA, 2018).

4.2 Cenários

Ambas **Etapas 1** e **2** foram conduzidas em três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III), destinados ao atendimento a adultos, localizados em Ribeirão Preto, cidade do interior do estado de São Paulo/Brasil, no período de março a maio de 2019.

4.2.1 Caracterização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município investigado

A Rede Municipal de Saúde de Ribeirão Preto está dividida em Distritos Central, Leste, Norte, Oeste e Sul onde estão localizados os serviços de saúde com delimitação de suas áreas de abrangência (RIBEIRÃO PRETO, 2020).

A fim de seguir com a implementação da RAPS, a área de Saúde Mental do município tem avançado. Em março de 2017, houve a nomeação do Conselho Gestor constituído por representantes da Atenção Básica, Urgência e Emergência, Atendimento Infanto-juvenil, Política de Álcool e outras drogas, CAPS, Coordenação de Saúde Mental e Gabinete da Secretaria da Saúde. A partir de reuniões periódicas deste Conselho houve o planejamento da Política de Saúde Mental, com a eleição, em janeiro de 2018, da nova coordenação Saúde Mental e reestruturação do fluxo dos componentes da RAPS (RIBEIRÃO PRETO, 2020).

Na **Tabela 3**, a seguir, foram descritos os componentes determinados pela Portaria nº3588/2017 (BRASIL, 2017) e os respectivos serviços disponíveis no município.

Tabela 3 - Componentes da Rede de Atenção Psicossocial de Ribeirão Preto segundo Portaria nº 3588/2017. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

Componentes		Serviços de Ribeirão Preto
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio a Saúde da Família; Consultório na Rua; Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; Centros de Convivência e Cultura;	1 NASF – Distrito Norte; 1 equipe de consultório na rua vinculado ao Programa DST/Aids;
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental / Unidades Ambulatoriais Especializadas;	1 CAPS infantil; 1 CAPS III; 1 CAPS II Ad; 3 CAPS II; 1 Ambulatório de Saúde Mental;
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro,	1 UPA; 3 UBDS; 1 UBDS em reforma; SAMU Regional;
Atenção Residencial de Caráter transitório	Unidade de Acolhimento; Serviço de Atenção em Regime Residencial;	1 Unidade de Acolhimento Infanto Juvenil (UAI – ONG Dona Nair – 10 vagas);
Atenção Hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral; Hospital Psiquiátrico Especializado; Hospital Dia;	Hospital das Clinicas (16 leitos – 8 HC/UE; 8 EPIB); Hospital Santa Tereza (70 leitos); CAIS Santa Rita do Passa Quatro (cerca de 56 leitos); Hospital Estadual de Serrana (10 leitos);
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos; Programa de Volta para Casa;	3 Residências Terapêuticas tipo 1 (19 moradores); 2 Residências Terapêuticas tipo 2 (16 moradores); 6 Residências Terapêuticas tipo 1 em processo de municipalização (42 moradores)
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais;	Empreendimentos nos CAPSs, Fórum de Economia Solidária e Lei municipal da Economia Solidária;

Fonte: Elaborada pela pesquisadora a partir de informações obtidas junto ao Coordenador de Saúde Mental do município.

Nota: NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família; UPA – Unidade de Pronto Atendimento; UBDS – Unidade Básica Distrital de Saúde; HC/UE – Unidade de Emergência; EPIB – Enfermaria Psiquiátrica de Internação Breve. SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Após a criação do Conselho Gestor, o município implementou diretrizes às unidades de atenção à saúde mental como forma de organização da RAPS, estabelecendo fluxos aos serviços de urgência e emergência, acolhimento (inicial, diurno e ou noturno), encaminhamento para saúde mental, matriciamento e altas (RIBEIRÃO PRETO, 2020). O matriciamento é o apoio presencial às equipes de atenção básica e saúde da família na condução do cuidado em saúde mental, consistindo em atendimento compartilhado e ações intersetoriais no território (BRASIL, 2015).

Casos psiquiátricos de urgência e/ou emergência e clínicos causados por intoxicação e/ou abstinência de substâncias psicoativas devem ser encaminhados ao Pronto Atendimento da área de abrangência do usuário. Se a avaliação na Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) ou na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) não considerar uma urgência, o encaminhamento com Guia de Contrarreferência será feito ao Serviço de Saúde Mental de referência, com prioridade no acolhimento e atendimento médico (RIBEIRÃO PRETO, 2020).

O paciente egresso de internação em Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas (HC/UE), Hospital Santa Tereza de Ribeirão Preto (HSTRP) e Centro de Atenção Integral à Saúde (CAIS) Santa Rita do Passa Quatro, são contrarreferenciados para Rede (CAPS/ambulatórios de Saúde Mental de referência) com dias e horários agendados via regulação do Sistema de Informação para Saúde Mental 2 (SISAM 2) com receita de psicotrópicos para 30 dias, exceto no HSTRP, de onde os pacientes tem alta levando consigo medicações para 10 dias (RIBEIRÃO PRETO, 2020).

Estabeleceu-se que o Acolhimento inicial é oferecido por demanda espontânea e em todos os serviços de saúde mental extra hospitalares, com escalas de profissionais da equipe multidisciplinar cobrindo, pelo menos parcialmente, todos os períodos de funcionamento das unidades. O Acolhimento consiste na escuta qualificada e cuidados que não sejam centrados apenas no atendimento médico, englobando um esboço do Projeto Terapêutico Singular (PTS) no caso dos usuários que terão o seguimento no serviço (BRASIL, 2015; RIBEIRÃO PRETO, 2020). O Acolhimento diurno e/ou noturno são ações de hospitalidade realizadas nos CAPS como estratégias para contemplar o PTS do usuário de acordo com sua a demanda (BRASIL, 2015).

Os encaminhamentos para os serviços de saúde mental não necessitam de direcionamento a uma categoria profissional específica, psiquiatra ou psicólogo, mas sim para a unidade, de acordo com a área de abrangência, e podem ser realizados por qualquer profissional de nível superior da área da saúde. Apesar de recomendar-se o

encaminhamento, o usuário pode buscar o serviço espontaneamente para ser atendido (RIBEIRÃO PRETO, 2020).

Apesar de todos os serviços de saúde mental desta cidade trabalharem com a meta de no mínimo 12 ações de Matriciamento por ano, conforme pactuado com o Ministério da Saúde e pela Secretaria de Saúde, é desejável que esse número seja significativamente maior. As equipes dos serviços de saúde mental, com o apoio da Coordenação de Saúde Mental e do Conselho Gestor, percorrem as Unidades Básicas de Saúde de sua área de abrangência apresentando as propostas de Matriciamento e construindo fluxos, designando um profissional de referência, tanto da equipe do serviço especializado de saúde mental, quanto na da Unidade Básica. Ainda, os casos de transtornos mentais leves e/ou estabilizados há pelo menos dois anos, carecerem de iniciar o processo de encaminhamento de contrarreferência pelos os médicos psiquiatras para a Unidade Básica de referência (RIBEIRÃO PRETO, 2020).

Recomenda-se o estabelecimento de metas para as altas, tanto para seguimento na atenção básica, quanto àqueles usuários sem necessidade de tratamento por enquanto. É importante lembrar que o usuário pode retornar ao serviço a qualquer momento se tiver demandas que o justifique. A alta administrativa - rompimento do vínculo e da confiança entre usuário e a equipe – é comunicada à Coordenação de Saúde Mental por meio de relatório, e ao usuário fica a garantia de continuidade do tratamento em outro serviço da rede (RIBEIRÃO PRETO, 2020).

4.2.2 Os CAPS campos de estudo

Os CAPS prestam atendimentos à população em diferentes níveis de sofrimento psíquico, englobando consultas médicas de psiquiatria, sessões de psicoterapia, terapia ocupacional, práticas e vivências grupais. Assim, proporcionam a promoção e a recuperação à saúde mental com uma Equipe de Saúde Multidisciplinar. Constituíram como locais de estudo: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), Centro de Atenção Psicossocial “Professor Dr. Claudio Roberto Carvalho Fonseca” (CAPS II) e Centro de Atenção Psicossocial “Dr. André Santiago” (CAPS III).

Estes CAPS foram escolhidos por se constituírem serviços adequados à proposta de reabilitação psicossocial inserida no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Além disso, constituem campo para pesquisas e desenvolvimento de atividades práticas de alunos de Graduação e Pós-Graduação da Universidade de São Paulo (USP), incluindo a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP/USP) e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP).

É importante ressaltar que durante o período de elaboração da pesquisa, enquanto se aguardava a aprovação pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto e pelo Comitê de ética em Pesquisa da EERP-USP, alguns componentes da RAPS estavam em construção. Sendo assim, dois CAPS II constituíam-se ainda em Ambulatórios de Saúde Mental e estavam em processo de implantação de CAPS, justificando os locais de estudo em apenas três, ao invés do total do município atualmente, que são cinco, destinados a atendimento a adultos.

O CAPS AD abrange a totalidade do município de Ribeirão Preto e oferece atendimento a dependentes de substâncias psicoativas por demanda espontânea e encaminhados por serviços de saúde e/ou assistência social. Os casos com comorbidades psiquiátricas devem conter guia de referência e ser discutidos pela equipe da unidade ou em reunião da Rede de Saúde Mental do município, com a garantia de manutenção do acompanhamento medicamentoso. O tratamento é de caráter voluntário e deve apresentar condições para início imediato em regime ambulatorial, excluindo-se, portanto, os casos de urgência e emergência que necessitem de estabilização anterior ao encaminhamento.

O CAPS AD realiza em média de 1575 atendimentos por mês, incluindo grupos de acolhimento (inicial e geral), consultas individuais e atendimentos-dia (não intensivos, semi-intensivos e intensivos). Além disso, oferece grupos de acolhimento a familiares dos usuários. O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira das 8 às 17 horas, exceto às quintas-feiras, das 10h30 às 17 horas.

A equipe de enfermagem do CAPS AD é constituída por dois enfermeiros e três auxiliares de enfermagem. Ambos os enfermeiros são assistenciais, um com especialização em saúde mental e cargo de gerência deste CAPS. Por constituir-se um CAPS AD de modalidade II, há exigência pelo Ministério da Saúde de um enfermeiro com formação em saúde mental (BRASIL, 2015). Quanto a jornada de trabalho, um deles cumpre 20 horas/semanais, e o outro 24 horas/semanais. Já a equipe multidisciplinar é composta por dois médicos (um clínico e um psiquiatra), dois assistentes sociais, quatro psicólogos e três terapeutas ocupacionais.

O CAPS II atende adultos com transtornos mentais severos e/ou persistentes, em intenso sofrimento e comprometimento psíquico. O distrito central constitui sua área de

abrangência, com estimativa de 120.000 habitantes. Os usuários deste território são atendidos por demanda espontânea e/ ou contrarreferência das Unidades Básicas de Saúde. Funciona de segunda a sexta-feira das 8 às 17 horas, contando com serviços de acolhimento ambulatorial, atendimento-dia (não intensivos, semi-intensivos e intensivos), grupos e oficinas, realizando em média 1350 atendimentos/mês.

A equipe de enfermagem do CAPS II é composta por um enfermeiro gerente do CAPS especialista em Saúde Mental, e um enfermeiro assistencial, ambos cumprindo 20 horas semanais. Conta ainda com três técnicos de enfermagem, 30 horas semanais cada. A equipe multiprofissional é constituída por três psiquiatras (dois cumprindo 20 horas e um, 30 horas semanais), três psicólogos (20 horas semanais), um terapeuta ocupacional (20 horas semanais), um assistente social (20 horas semanais).

Já o CAPS III, com funcionamento de 24 horas, realiza acolhimento, plantão psicológico, grupos, oficinas, matriciamento, consultas ambulatoriais, atendimento-dia e acolhimento noturno, com cinco leitos de permanência por sete dias contínuos ou dez dias descontinuados, totalizando uma média de 1756 atendimentos por mês. O distrito oeste é sua área de abrangência com uma estimativa de 200.000 habitantes. Destinado a adultos com transtornos mentais severos e/ou persistentes, em intenso sofrimento e comprometimento psíquico.

A equipe de enfermagem do CAPS III é composta por sete enfermeiros e 21 auxiliares de enfermagem. Dois enfermeiros no período diurno cumprem 40 horas semanais, sendo um deles com especialização em saúde mental. A equipe multiprofissional formada por quatro psiquiatras, três psicólogos, 1 terapeuta ocupacional (gerente), dois assistentes sociais.

4.3 Participantes e critérios de inclusão

Todos os enfermeiros dos locais de estudo, com jornadas de trabalho no período diurno e em contato direto com usuários de atendimento-dia intensivos, concordaram em participar das duas etapas da pesquisa, totalizando em cinco participantes, sendo dois do CAPS AD, um do CAPS II e dois do CAPS III.

Os participantes avaliaram todos os usuários em atendimento-dia intensivo nos três CAPS investigados e presentes no período de coleta de dados. Considerou-se como

critérios de inclusão a frequência do usuário no serviço (três a quatro por semana), o tempo de permanência (mínimo de seis horas por dia) e a quantidade de procedimentos (25 procedimentos por usuário por mês) (BRASIL, 2004), possibilitando a avaliação com o instrumento de classificação de pacientes (MARTINS; ARANTES; FORCELLA, 2008). No período da coleta de dados registrou-se, 50 usuários no CAPS II, 60 no CAPS III e 40 no CAPS AD. Destes, estavam em atendimento-dia intensivo 20 usuários no CAPS II, 21 no CAPS III e 22 no CAPS AD. Devido à dinâmica do serviço, os usuários tiveram avaliações múltiplas.

As variáveis investigadas foram demográficas, englobando sexo e idade, e clínicas, compostas pelo número e tipo de diagnósticos psiquiátricos. Devido à existência de até três diagnósticos de alguns usuários, constatado em prontuário, optou-se em estabelecer como principal, aquele que gera maior impacto na vida da pessoa, considerando estigma, prejuízo social e convívio familiar. Para exemplificação da seleção do diagnóstico principal considerou-se, através de consulta à literatura científica, que um quadro de esquizofrenia impacta de forma mais ampla que um transtorno de personalidade isolado (BONADIMAN et al., 2017). Portanto, quando o usuário apresentou os dois diagnósticos, considerou-se, como principal, a esquizofrenia (transtorno psicótico). No caso do CAPS AD optou-se pelo diagnóstico relacionado ao uso de substâncias. Eles foram agrupados em: 1. Transtornos de humor, 2. Transtornos psicóticos, 3. Transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de substâncias e, 4. Outras morbidades (Transtornos: de personalidade, de desenvolvimento, de ansiedade, relacionados ao estresse, dissociativo e mental não especificado).

4.4 Instrumentos utilizados

Para coleta de dados, na **Etapa 1**, foram utilizados um Questionário Sociodemográfico (APÊNDICE A**)** e *o Instrumento para Classificação do Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica* (ICP- Enfermagem Psiquiátrica) (MARTINS; ARANTES; FORCELLA, 2008) (ANEXO A), detalhados a seguir.

O Questionário Sociodemográfico **(**APÊNDICE A**),** elaborado pela pesquisadora, continha questões que contemplavam as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, qualificação profissional e tempo de atuação em CAPS**.**

Para avaliação das necessidades de cuidados dos usuários os enfermeiros aplicaram o ICP- Enfermagem Psiquiátrica (ANEXO A) construído e validado no Brasil (MARTINS; ARANTES; FORCELLA, 2008). Esta escala, além de considerar dados gerais dos usuários (sexo, idade, diagnóstico clínico), encontra-se constituída por 11 áreas de cuidados: Cuidados com a aparência e higiene; Expressão do pensamento; Humor e afeto; Atividades; Interação social; Alimentação e hidratação; Sono; Medicação; Eliminações; Sinais vitais e outros controles; Queixas e problemas somáticos. O instrumento também dispõe de local para anotação do escore total obtido. A pontuação total varia de 11 a 33 e o usuário pode ser classificado em uma de três categorias de cuidados: dependência discreta (11 a 18), dependência intermediária (19 a 26) e dependência plena (27 a 33). Neste estudo, obteve-se alta consistência interna da escala, com α de Cronbach igual a 0,87.

Para a coleta de dados, na **Etapa 2,** utilizou como guia das entrevistas, um roteiro semi-estruturado elaborado pela pesquisadora conforme consta no Apêndice B. O roteiro foi submetido a um teste piloto sob supervisão de professora especialista em pesquisa qualitativa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP-USP). Assim, uma entrevista foi conduzida pela pesquisadora com uma enfermeira, com conhecimento prévio do ICP-Enfermagem Psiquiátrica, em um serviço de saúde mental. O roteiro foi rediscutido, reformulado e acrescido uma pergunta. Ressalta-se que tanto a entrevista piloto quanto o local não constituíram resultados na pesquisa.

Complementar às entrevistas, foi distribuído um questionário aos participantes de forma a assinalar a sua concordância com alguns itens do ICP-Enfermagem Psiquiátrica. O questionário (APENDICE C) elaborado pela pesquisadora e baseado no de Perroca (2008) é constituído por afirmativas, cujas repostas, do tipo Likert, de 1 a 5, variam de *concordo totalmente, concordo, não tem opinião, discordo e discordo totalmente*. Está dividido em **Parte 1** com 17 itens sobre a aplicação do instrumento de uma forma geral, englobando abrangência das áreas de cuidado, facilidade, extensão e tempo despendido para uso e possibilidade de introdução na prática do enfermeiro do CAPS. A **Parte 2**, corresponde às 11 áreas de cuidado do ICP – Enfermagem Psiquiátrica, individualmente, incluindo questões sobre entendimento e abrangência da área de cuidado. Além disso, um espaço foi destinado ao participante para que pudesse deixar comentários.

4.5 Procedimentos para coleta de dados

Os enfermeiros dos CAPS foram convidados a participar da pesquisa durante a visita da pesquisadora aos cenários de prática. Mediante aceite, foi oferecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) para a assinatura.

Uma vez que o ICP – Enfermagem Psiquiátrica não era utilizado nos serviços, foi realizada uma ação educativa junto aos enfermeiros, para propiciar aproximação do seu conteúdo e forma de operacionalização. A atividade foi previamente agendada, de acordo com a disponibilidade dos profissionais, e realizada nos CAPS de acordo com um plano de trabalho (APÊNDICE E). O plano foi testado com um grupo composto por uma docente, uma enfermeira e uma aluna de pós-graduação da EERP-USP, graduadas em enfermagem com experiência na área de Saúde Mental. Após teste foram feitas adequações para atender às sugestões do grupo.

A ação educativa teve duração de 120 minutos e contou com situação simulada utilizando casos clínicos do ambiente de prática para verificar se todos entendiam o instrumento da mesma forma. A partir das discussões constatou-se alta concordância (≥ 80%) entre os enfermeiros.

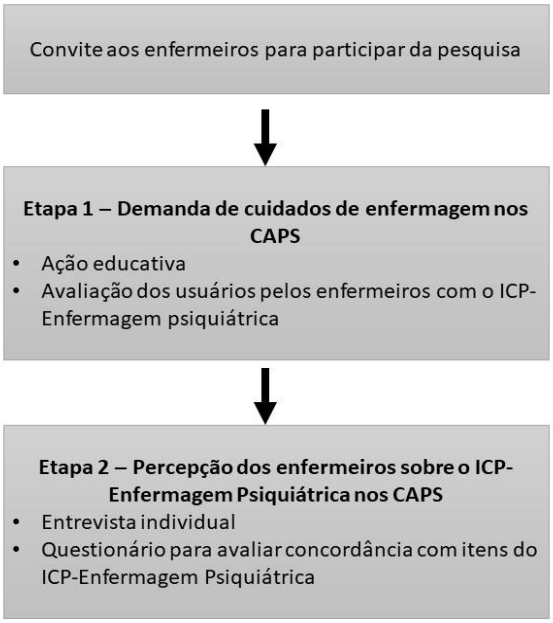
Posteriormente, os enfermeiros aplicaram o instrumento semanalmente, durante quatro semanas, em usuários em atendimento intensivo dos locais de estudo. A quantidade de avaliações foi determinada a partir da lista dos usuários do CAPS disponibilizada pelos serviços. A pesquisadora ficou responsável pela entrega e recolhimento semanal de cópias do ICP-Enfermagem Psiquiátrica.

Após a **Etapa 1**, os participantes foram entrevistados presencialmente, de forma individual, em sala privativa no local do estudo. As entrevistas foram áudio gravadas e previamente agendadas de acordo com a disponibilidade dos enfermeiros, respeitando o intervalo máximo de sete dias entre a última semana de avaliações (primeira etapa da pesquisa) e a entrevista. O tempo médio das entrevistas foi de 11 minutos e 50 segundos e estavam presentes apenas a pesquisadora e o participante.

Após a entrevista foi entregue ao participante um questionário para assinalar a sua concordância com alguns itens do ICP-Enfermagem Psiquiátrica, e recolhido pela pesquisadora após uma semana.

O esquema da **Figura 6** abaixo descreve como o estudo seguiu.

Figura 6 – Etapas da pesquisa. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.



Fonte: Elaborada pela pesquisadora.

4.6 Procedimento de análise dos dados

Os dados obtidos foram organizados em planilha de dados do Excel, com dupla digitação. Para todas as análises, processadas nos programas IBM SPSS Statistics versão 25, R i386 versão 3.4.0 e SAS System for Windows versão 9.2, adotou-se nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

Depois de codificados e tabulados, foram analisados por meio de estatística descritiva, medidas de tendência central (média, mediana, variação), associação entre as variáveis empregando-se o teste Exato de Fisher e Qui-quadrado, e quando não houve normalidade, Mann Whitney e Kruskal-Wallis.

Para estudar os fatores associados com as categorias de cuidados utilizou-se a análise de regressão logística dicotômica com modelos univariado e multivariado (com critério *Stepwise Forward*) e método de *odds* proporcionais. Na análise multivariada foram consideradas todas as variáveis da univariada, mesmo as com valor de p maior que 0,05. Considerou-se que algumas variáveis que não são significativas na univariada

podem vir a ser significativas na multivariada na presença de outras variáveis que foram anteriormente selecionadas. As categorias intermediária e plena foram agrupadas para maior consistência nas análises, devido à frequência muito baixa desta última categoria.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e os textos revisados em relação à ortografia, sem que a essência fosse alterada, sendo analisadas por dois pesquisadores, de forma individual. Realizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), organizada em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na pré-análise organizou-se o material a ser analisado em quatro procedimentos: leitura flutuante, constituindo o primeiro contato com o texto; escolheu-se os documentos, demarcando o que seria analisado; formulação de hipóteses e objetivos; elaboração de indicadores que fundamentaram a interpretação. A exploração do material, segunda fase, foi desenvolvida criteriosamente, já que envolveu a definição de categorias**,** ou seja, os elementos foram classificados segundo suas semelhanças e diferenças, com posterior reagrupamento, em função de características comuns. Esta etapa foi crucial para o tratamento dos resultados (terceira fase), possibilitando a apresentação das interpretações e inferências com maior riqueza.

Na apresentação dos resultados, os trechos dos relatos foram editados, subtraindo ou acrescentando termos entre colchetes com vistas a torná-los mais inteligíveis, sem alteração do conteúdo. Objetivando manter o anonimato dos participantes, foi utilizada a codificação “E” que representa a entrevista, seguida de um número arábico que indica a sequência cronológica da interlocução realizada.

Para avaliar a concordância entre os avaliadores com relação aos itens da parte 1 e 2 do questionário foi calculado o coeficiente Kappa ponderado (K_w), com intervalo de 95% de confiança. O Kappa ponderado é um índice estatístico utilizado para calcular a reprodutibilidade quando as variáveis são ordinais e os resultados podem ser expressos por mais de duas categorias, assim foi escolhido para considerar o nível de discordância, em termos da seriedade entre avaliadores (ALTMAN, 1991). Os valores variam entre 0 e 1 e podem ser classificados em: < 0,20 pobre; 0,21 a 0,40 razoável; 0,41 a 0,60 moderado; 0,61 a 0,80 bom; 0,81 a 1,00 muito bom (ALTMAN, 1991).

O programa utilizado para análise foi o SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.2, adotado o nível de significância de 5% (alfa = 0,05).

4.7 Aspectos éticos

O projeto do presente estudo seguiu as determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL,2012), para pesquisas com seres humanos, sendo apreciado e provado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CEP/EERP/USP), sob parecer nº 3.076.217/2018 - CAAE: 79283717.5.0000.5393 (ANEXO B).

5 RESULTADOS

Os cinco enfermeiros avaliadores apresentaram idade média de 44 (Dp=8,5) anos; quatro eram do sexo feminino e quatro concluíram pós-graduação (lato-sensu n=2; stricto sensu n=2), sendo dois na área de Saúde Mental. Todos possuíam apenas um vínculo empregatício e o tempo de trabalho em CAPS variou de cinco a 13 anos. Em relação ao ICP-Enfermagem Psiquiátrica, dois enfermeiros relataram conhecê-lo, um por meio do COFEN e o outro por interesse próprio, mas ambos nunca o utilizaram em sua prática assistencial.

Obteve-se 249 avaliações de 63 usuários com 145(58,2%) na categoria de cuidados discreta, sendo 74(51%) deles no CAPS AD, e 103(41,4%) na categoria intermediária, com 93(90,3%) nos CAPS II e III. A idade média variou de 44,7 (Dp=12,4; CAPS AD) a 52 (Dp=10,8; CAPS III) anos. Encontrou-se diferença estatisticamente significativa para: sexo ($p \leq 0,05$; CAPS III feminino ǂ CAPS AD e II masculino), diagnóstico principal ($p \leq 0,01$; CAPS II e III Transtornos Psicóticos ǂ CAPS AD Transtornos relacionados ao uso de substâncias) e categorias de cuidados ($p \leq 0,01$; CAPS AD discreta ǂ CAPS II e III intermediária) (**Tabela 4**). No que se refere ao número de diagnósticos psiquiátricos, 146(58,6%) usuários apresentaram um, 72(28,9%) dois e 31(12,45%) três diagnósticos.

Tabela 4 - Associação entre as variáveis demográficas e clinicas dos usuários e os CAPS investigados. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

Variáveis	CAPS AD N(%)	CAPS II N(%)	CAPS III N(%)	Total N(%)	Valor p
Pacientes (n=63)	**22(34,9)**	**20(31,7)**	**21(33,4)**		
Sexo					
Masculino	18(28,6)	11(17,4)	10(15,9)	39(61,9)	*≤0,05**
Feminino	4(6,3)	9(14,3)	11(17,5)	24(38,1)	
Faixa etária (anos)					NS †
19-29	3(4,8)	1(1,6)	1(1,6)	5(7,9)	
30-39	5(7,9)	2(3,1)	2(3,1)	9(14,3)	
40-49	3(4,8)	8(12,7)	3(4,8)	14(22,3)	
≥50	11(17,5)	9(14,3)	15(23,8)	35(55,5)	
Idade (anos)					NS †
Media (DP)	44,7 (±12,4)	49,5 (±9)	52(±10,8)		
Variação	19,8 – 60,3	24,5 – 62,6	25 – 68,3		
Diagnóstico Principal					*≤0,01**
Transtornos Humor	-	2(3,1)	6(9,5)	8(12,7)	
Transtornos Psicóticos	-	14(22,3)	10(15,9)	24(38,1)	
Transtornos Substâncias	22(34,9)	1(1,6)	-	23(36,5)	
Outras morbidades	-	3(4,8)	5(7,9)	8(12,7)	
Avaliações (N=249)	**85(34,2)**	**80(32,1)**	**84(33,7)**		
Categorias					*≤0,01*‡
Discreta	74(29,7)	32(12,8)	39(15,7)	145(58,2)	
Intermediaria	10(4,0)	48(19,3)	45(18,1)	103(41,4)	
Plena	1(0,4)	-	-	1(0,4)	
Escores					*≤0,01*§
M(Dp)	14,4 (3,6)	18,7 (3,2)	18,7 (3,5)		
Md (Q1; Q3)	14 (11,5;16)	19,5 (16; 21,8)	19 (17; 21)		
Variação	11 - 27	12 – 23	12 – 25		

*Teste Exato de Fischer; †Não significativo; ‡ Teste Qui-Quadrado de Pearson; § Kruskal-Wallis; DP – desvio padrão; M – média; Md – mediana; Q1 – quartil 1; Q3 – quartil 3.

As áreas de cuidados do ICP-Enfermagem Psiquiátrica *Eliminações, Cuidados com aparência e higiene, Alimentação e hidratação* apresentaram-se mais frequentes na categoria discreta. *Mediação, Sono, Queixas e problemas somáticos* estiveram com alta frequência na categoria intermediária. Na **Tabela 5** estão detalhadas as avaliações por área de cuidado em frequência e porcentagem de acordo com a pontuação em cada categoria.

Tabela 5 – Distribuição das avaliações por área de cuidado de acordo com as categorias discreta, intermediária e plena (n=249). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

Variáveis	Discreta n(%)	Intermediária n(%)	Plena n(%)
1 – Cuidados com a aparência e higiene	163 (65,5)	66 (26,5)	20 (8,0)
2 – Expressão do pensamento	109 (43,8)	105 (42,2)	35 (14,0)
3 – Humor e afeto	102 (40,9)	120 (48,0)	27 (10,8)
4 – Atividades	126 (50,6)	103 (41,4)	20 (8,0)
5 – Interação social	120 (48,2)	119 (47,8)	10 (4,0)
6 – Alimentação/ hidratação	157 (63,0)	91 (36,5)	1 (0,4)
7 – Sono	107 (42,9)	133 (53,4)	9 (3,6)
8 – Medicação	110 (44,2)	137(55,0)	2 (0,8)
9 – Eliminações	213 (85,5)	33 (13,3)	3 (1,2)
10 – Sinais vitais e outros controles	100 (40,2)	92 (36,9)	57(22,9)
11 – Queixas e problemas somáticos	93 (37,3)	127 (51,0)	29 (11,7)

Considerando-se todos os CAPS, os valores médios dos escores variaram de 1,1(Dp=0,4; CAPS AD, Eliminações) a 2,2 (Dp=0,6; CAPS III, Sinais vitais e outros controles). As áreas de cuidado que apresentaram maiores pontuações foram: expressão do pensamento, atividades, interação social, medicação e sinais vitais e outros controles (CAPS AD); queixas e problemas somáticos, expressão do pensamento, humor e afeto, sinais e outros controles (CAPS II) e sinais e outros controles, humor e afeto, e sono (CAPS III). (**Tabelas 6, 7 e 8**).

Tabela 6 - Escores médios das áreas de cuidados do instrumento de classificação no CAPS AD (n=85). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

Áreas de Cuidados	M(DP)	Variação	Md(Q1:Q3)
1. Cuidados com Aparência e Higiene	1,25(0,55)	1 – 3	1(1:1)
2. Expressão do Pensamento	1,47(0,64)	1 – 3	1(1:2)
3. Humor e Afeto	1,32(0,58)	1 – 3	1(1:2)
4. Atividades	1,41(0,58)	1 – 3	1(1:2)
5. Interação Social	1,36(0,53)	1 – 3	1(1:2)
6. Alimentação/Hidratação	1,19(0,42)	1 – 3	1(1:1)
7. Sono	1,16(0,43)	1 – 3	1(1:1)
8. Medicação	1,36(0,53)	1 – 3	1(1:2)
9. Eliminações	1,12(0,39)	1 – 3	1(1:1)
10. Sinais vitais e outros controles	1,39(0,78)	1 – 3	1(1:1)
11. Queixas e problemas somáticos	1,35(0,70)	1 – 3	1(1:1)

M – média; Md – mediana; Q1 – quartil 1; Q3 – quartil 3.

Tabela 7 - Escores médios das áreas de cuidados do instrumento de classificação no CAPS II (n=80). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

Áreas de Cuidados	M(DP)	Variação	Md(Q1:Q3)
1. Cuidados com Aparência e Higiene	1,35(0,57)	1 – 3	1(1:2)
2. Expressão do Pensamento	1,90(0,70)	1 – 3	2(1:2)
3. Humor e Afeto	1,90(0,54)	1 – 3	2(2:2)
4. Atividades	1,65(0,65)	1 – 3	2(1:2)
5. Interação Social	1,65(0,48)	1 – 2	2(1:2)
6. Alimentação/Hidratação	1,60(0,49)	1 – 2	2(1:2)
7. Sono	1,75(0,43)	1 – 2	2(1,25:2)
8. Medicação	1,80(0,40)	1 – 2	2(2:2)
9. Eliminações	1,15(0,35)	1 – 2	1(1:1)
10. Sinais vitais e outros controles	1,86(0,67)	1 – 3	2(1:2)
11. Queixas e problemas somáticos	2,10(0,30)	1 – 3	2(2:2)

M – média; Md – mediana; Q1 – quartil 1; Q3 – quartil 3

Tabela 8 - Escores médios das áreas de cuidados do instrumento de classificação no CAPS III (n=84). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

Áreas de Cuidados	M(DP)	Variação	Md(Q1:Q3)
1. Cuidados com Aparência e Higiene	1,68(0,69)	1 – 3	2(1:2)
2. Expressão do Pensamento	1,75(0,69)	1 – 3	2(1:2)
3. Humor e Afeto	1,89(0,65)	1 – 3	2(1:2)
4. Atividades	1,67(0,64)	1 – 3	2(1:2)
5. Interação Social	1,67(0,64)	1 – 3	2(1:2)
6. Alimentação/Hidratação	1,35(0,47)	1 – 2	1(1:2)
7. Sono	1,92(0,49)	1 – 3	2(2:2)
8. Medicação	1,55(0,50)	1 – 2	2(1:2)
9. Eliminações	1,20(0,43)	1 – 3	1(1:1)
10. Sinais vitais e outros controles	2,24(0,61)	1 – 3	2(2:3)
11. Queixas e problemas somáticos	1,80(0,63)	1 – 3	2(1:2)

M – média; Md – mediana; Q1 – quartil 1; Q3 – quartil 3

Na **Tabela 9** evidenciou-se diferença significativa entre a demanda de atenção em relação à enfermagem (categorias de cuidados discreta, intermediária/plena) com maiores frequências nas variáveis: **faixa etária** (30-39 anos na categoria discreta; 40-49 anos na intermediária/plena - $p \leq 0,05$); **número de diagnóstico** (dois e três na categoria discreta e de um na intermediária/plena - $p \leq 0,01$); **tipos de diagnósticos** (transtornos relacionados ao uso de substâncias na discreta e de transtornos psicóticos na intermediária/plena; e **modalidades CAPS** (categoria discreta na AD e intermediária/plena nos CAPS II e III).

A partir da análise de regressão logística dicotômica, descrita na **tabela 10**, verificou-se que as variáveis CAPS e sexo estiveram significativamente associadas a uma maior demanda de atenção de enfermagem. Os usuários com chances elevadas constituíram-se em CAPS II e III, com riscos 16,4 e 13,6 vezes maior, respectivamente; e os do sexo masculino, com probabilidade de 3,8 vezes.

Tabela 9 - Análise de regressão logística univariada e multivariada entre dois grupos de demanda de atenção de enfermagem (categorias de cuidados discreta vs intermediária/plena) (N=249). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

	Análise Univariada			Análise Multivariada		
Variáveis	**OR**	**IC 95%**	**Valor p**	**OR**	**IC 95%**	**Valor p**
Sexo						
Feminino	1	-	-	1	-	
Masculino	1,61	0,95-2,73	0,08	3,79	2,01 -7,14	<0,001
Faixa Etária						
19-29 anos	1	-	-	-	-	-
30-39 anos	0,42	0.13 – 1.35	0,15	-	-	-
40-49 anos	1,63	0.58 – 4.55	0,35	-	-	-
≥50 anos	0,80	0.31 – 2.02	0,62	-	-	-
Unidade CAPS						
CAPSAD	1	-	-	1	-	-
CAPSII	10,1	4,65 – 21,91	<0,001	16,41	7,07 – 38,07	<0,001
CAPSIII	7,8	3,61 – 16, 7	<0,001	13,62	5,87 – 31,58	<0,001
Tipo de Diagnósticos						
Transtornos Substancias	1	-	-	-	-	-
Transtornos humor	2,58	1,03 – 6,46	0,04	-	-	-
Transtorno psicóticos	8,60	4,30 – 17,20	<0,001	-	-	-
Outras morbidades	5,59	2,30 – 13,60	<0,001	-	-	-
Número de diagnósticos						
3	1	-	-	-	-	-
2	0,88	0,34 – 2,23	0,78	-	-	-
1	2,65	1,15 – 6,15	0,02	-	-	-

OR - Odds Ratio; IC 95% - intervalo de 95% de confiança

Participaram da **Etapa 2** todos os enfermeiros, no total de cinco, presentes desde o início da pesquisa, nas fases da ação educativa e avaliação dos pacientes com o instrumento.

A partir da análise dos dados extraídos das entrevistas designou-se quatro categorias, sendo elas: *Aplicabilidade do Instrumento, Críticas e Sugestões, Dificuldades e Benefícios*.

Aplicabilidade do Instrumento

Os enfermeiros perceberam facilidades em utilizar o instrumento, considerando sua extensão e objetividade, principalmente após aplicá-lo algumas vezes, como mostraram as falas dos cinco entrevistados a seguir:

> *Achei o instrumento fácil de utilizar, não achei extenso, achei que o tamanho dele não é grande, tamanho bom. O primeiro lógico que você demora um pouco mais, mas depois que você pegou o jeito é muito tranquilo. Não achei difícil não.* (E1).

> *Foi tranquilo, não tive dificuldade* [para usar o instrumento], *é, o instrumento, eu achei ele claro.* (E2).
>
> *Num geral ele* [o instrumento] *é bem tranquilo e bem rápido.* (E3).
>
> *Então no começo eu ficava, demorava mais porque não estava acostumada com os itens que tinha né, aí depois eu fui, principalmente quando eu tinha tempo e começava a fazer um, aí ia fazendo um atrás do outro, aí, é, e era mais rápido porque eu lembrava os itens que tinha e as perguntas, e aí tive mais facilidade.* (E4).
>
> *Eu recomendaria* [o instrumento], *é, eu achei que ele é objetivo, não achei ele extenso.* (E2).
>
> *Assim é o que eu estava te falando, a gente trabalha muito com essa parte de afeto, cuidados com a higiene, com a medicação, com a aparência, interação social, então englobou bastante coisa sim, bastante características deles* [dos usuários/pacientes]. (E5).

Críticas e sugestões aos domínios

Os entrevistados fizeram apontamentos em relação ao instrumento, questionando alguns pontos desse. Entende-se que tais considerações indicam a necessidade de reformulação e ampliação de domínios visto que os enfermeiros sugeriram aspectos que poderiam ser contemplados, conforme pode ser verificado na fala de dois enfermeiros a seguir:

> *Poderia acrescentar algumas coisas [...] Mas daria para fazer um desses domínios mais relacionado com essa questão do risco de suicídio, [...] poderia estar explorando mais essa questão de risco de suicídio, merecia [...] O pior desfecho na psiquiatria é o suicídio, com sucesso né, as tentativas também, mas a com sucesso é pior ainda.* (E1).
>
> *Na questão do Sono, esses pacientes dormem, mas não precisam de medicamento "se necessário", ele toma clonazepam toda noite, se ele*

não tomar o clonazepam toda noite ele vai entrar aqui oh "não dorme" entendeu? Então esse "Se necessário" aqui tem que tirar. (E1).

[...] Tentar fazer isso aqui , aí sairia um instrumento um pouco maior, mas fazer de acordo com o que eu vejo aqui óh " sensopercepção, pensamento, memória", porque também é uma coisa que juntou muito aqui e por exemplo, está aqui óh "alucinação"", alucinação não é expressão do pensamento, é sensopercepção , o que é pensamento é delírio, então está aqui, não sei se de repente não daria e fragmentar aqui "humor, afeto, pensamento, sensopercepção , linguagem". (E1).

Uma coisa que eu vi que precisava ver tipo "mobilidade física prejudicada", o paciente que está impregnado às vezes tem risco de queda, então, não sei se tem aqui, que poderia estar acrescentando também. Porque muito paciente nosso tem risco de queda né, então, e aqui eu não estou lembrando se tem risco de queda. Porque esse é um paciente com nível de prioridade alta, porque um paciente com risco de queda tem que ficar em cima dele, então quer dizer, vai exigir muito mais horas de enfermagem. (E1).

Ficou faltando isso aqui, nesses pacientes, agitação psicomotora e hipermotricidade. O paciente que interna para nós aqui com mania, na fase mania do transtorno bipolar, ele tem muita agitação psicomotora e aqui ele [instrumento] *aborda mais a questão emocional, humor, ou está alegre ou está triste ele não aborda essa outra questão que no bipolar tem, o DSM V, principalmente, bateu muito em cima disso, para você caracterizar a mania antigamente era muito relacionado ao humor ou afeto muito elevado. Hoje não, hoje é agitação, é o critério principal, o paciente tem que estar com hipermotricidade, agitação psicomotora, andando de um lado para o outro, mesmo se o humor dele não estiver elevado. É que geralmente vem junto, mas eles batem mais em cima da questão de agitação psicomotora do que do humor. Então acho que aqui também merecia estar comtemplando esses dois.* (E1).

Sinais vitais, questão de avaliação clínica, aqui oh controle de sinais vitais, hidríco e débito urinário, aqui eliminações: tem controle esfincteriano, entende, então essas coisas foram meio que casando uma

> *coisa com a outra [...] pode colocar sinais vitais e eliminações e aí juntar, mas pode ser separado também, é que um acaba que ficando muito próximo uma resposta do outro e aí queixas e problemas acabam que casando essas três juntas entendeu?* (E3).

> *Não necessariamente ela* [o instrumento] *vai mostrar a necessidade real. Porque como ela vai avaliar num todo, eu estava observando assim, que a maior parte dos nossos pacientes são, é de, de grau de dependência discreta, então isso não configuraria eu pedir mais um enfermeiro, por exemplo.* (E3).

Dificuldades

Os enfermeiros demonstraram dificuldades em encaixar as avaliações em sua rotina, sendo necessário reorganizar o processo de trabalho, alegando aumento nas atividades, impactando, principalmente no início da inclusão da mesma. As falas a seguir de quatro enfermeiros demonstram esses resultados:

> *Na rotina, assim, no início, é, você sente um pouco mais, porque é um algo a mais que você tem que estar inserindo, mas mediante ao ponto que você vai se familiarizando com ele, fica mais rápido fazer também. Então assim, no início foi um pouquinho mais complicado, não pelo instrumento, mas pelas atividades que a gente tem no dia-a-dia para poder estar conciliando o horário que o paciente está, com o horário que a gente pode fazer*. (E2).

> *Para falar a verdade [...] fica muito complicado fazer a assistência e a coordenação em conjunto, porque são uma série de demandas e meu horário aqui dentro do CAPS é muito curto. Então, eu acabo que não ficando tão focada nas questões da enfermagem. Eu acabo ficando focada pontualmente em algumas situações, que nem quando aparece situação de crise, eu estou ali. Quanto a questão, quando o plantão está mais tranquilo, então eu não fico focada em desempenhar atividades da enfermagem. É um erro, é um problema isso, porque a gente precisaria ter um outro enfermeiro que faça a assistência no meu lugar, porque no horário que eu estou não tem outra pessoa que faça [...] não tem um profissional além para a gente dividir tarefas.* (E3).

> *Mudou um pouco* [a rotina] *mas é possível, não tem como a gente estipular semanalmente assim porque tem muita intercorrência e eu não consigo parar, eu faço só 4 horas né, então para mim é difícil parar para fazer e eram 20 pacientes, então as vezes eu parava e fazia um pouco, no dia seguinte eu continuava e fazia o restante. Então não sei te falar, é possível fazer, é, mas não sei em que periodicidade dá para fazer.* (E5).

> *[...] as horas que estava mais tranquilo, e não tinha atividade né, ou os pacientes estavam ocupados, aí eu aproveitava para fazer, porque aí ia fazendo um atrás do outro, senão parava muito né. Começava um, aí alguém chamava, aí tinha que parar.* (E4).

Outro achado relatado pelos enfermeiros foi o fato de alguns pacientes apresentarem uma piora do quadro, necessitando de internação hospitalar ou estiveram ausentes durante os atendimentos no CAPS, gerando dificuldades nas avaliações segundo os trechos das entrevistas de dois participantes a seguir:

> *[...] e teve uma* [paciente] *que foi internada, o outro paciente está [no serviço], mas está com uma frequência bem menor.* (E3).

> *Eu tive um pouco de dificuldade com os pacientes que não vieram, e assim, nós temos uma rotatividade de pacientes. Às vezes eles deixam de vir né (*E4).

Evidenciou-se que em alguns momentos os participantes tiveram dificuldades em compreender o instrumento, presente na narrativa de três enfermeiros.

> *[...]então vira uma bagunça, às vezes o paciente não está no 1, não está no 1 nem no 2, ele está no meio disso aqui, e aí que a gente fica meio sem saber qual que eu ponho. (E1).*

> *Eu senti que tem alguns aspectos que ele é muito ou um ou outro, não tem o meio termo. Então assim, acho que poderia ter às vezes por exemplo com relação ao sono, com relação a alimentação, algumas*

coisas que a gente observa no dia-a-dia do paciente que eu tinha que taxar ou um ou outro mas na verdade eu colocava o que se aproximava mais. (E2).

*Às vezes eu tive dificuldade assim quando o paciente tem mais de uma opção né, ou tem por exemplo, a interação social aqui, "tem se isolado dos demais" mas era só uma, e eu comecei a riscar embaixo porque, aí eu falava não ele não tem nada das outras coisas né, é só mantem se isolado, por exemplo né, mas "não tenta seduzir e manipular os demais", aí eu ficava assim, será que vai considerar as outras coisas também. (*E4).

Benefícios do uso do instrumento

As falas dos enfermeiros indicaram que avaliar o usuário com o instrumento os aproximou mais da assistência direta com o mesmo, além de indicar sugestões para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e Projeto Terapêutico Singular (PTS). Proporcionou discussões em equipe para aprimorar as anotações de enfermagem e agregou no processo de trabalho no serviço, como apontado a seguir nas falas dos cinco enfermeiros:

É uma das coisas positivas do instrumento, porque vai fazer você se aproximar mais do paciente né. As vezes a gente, é lógico, vai depender do enfermeiro, pode não se aproximar e preencher, mas se você fizer direitinho, te faz você observar o paciente, porque para preencher o instrumento você vai ter que, o ideal né, é você ir lá conversar com esse paciente e observar esse paciente para ver se houve alguma mudança da semana passada para hoje, pode mudar, e estou falando uma semana porque a gente aplicou uma vez por semana, mas se for aplicar todo dia, você vai ter que ver se durante esse período houve mudança, e para isso você precisa se aproximar do paciente, e acho que leva você a refletir mais sobre o diagnóstico do paciente, o grau, a gravidade desse paciente, acho que com certeza muda a dinâmica, com certeza." (E1).

O que entra um pouco também disso na SAE. Isso veio num momento também que a gente está construindo a SAE aqui para Saúde Mental e

tem que ter. Aliás umas ideias que eu tive também que foi passado em reunião que é depois tentar discutir tanto através desse instrumento e da SAE, da gente também discutir casos com os técnicos e auxiliares. Porque eles vão ter que, na SAE por exemplo, fazer as prescrições que o enfermeiro formular e para não ficar tão chato vamos discutir o caso com eles, eles vão ver, porque a partir do momento que você está envolvido com o processo você acha menos chato. Porque você ir só com a prescrição e falar para o auxiliar "olha", não, vamos discutir o caso desse paciente, vai dar uma dinâmica melhor, mas eu vou levar isso para reunião também. Então é isso, vai ajudar aproximar e se rolar essa história de estarmos essa discussão com os auxiliares, e estar envolvendo o resto da equipe de enfermagem no processo. (E1).

Eu estava pensando que eu vi esse instrumento e como eu estou fazendo o levantamento do NANDA, eu estava vendo algumas coisas do NANDA com o seu [esse] *instrumento aqui.* (E1).

[...] não é uma coisa difícil de fazer e é positivo porque vai fazer você se aproximar do paciente, e alias você está mais "a par" do desenvolvimento do paciente, do caso do paciente. (E1).

[...] de planejamento do paciente, acho muito positivo, porque se for ver, as vezes tem funcionário que não sabe o que está se passando com determinado paciente. Que é aquela coisa, fica só com aquele paciente e às vezes só vê, a ideia é você está "a par" do que está acontecendo com todos os pacientes. (E1).

Esses estudos que vocês trazem aqui para unidade, sempre faz a gente refletir no nosso processo de trabalho, então eu acho que sim, e aí eu acho que assim até esse instrumento foi parâmetro para eu está conversando com os auxiliares de enfermagem, porque eu fiz tipo uma roda de conversa com eles, e eles perguntaram que que eu estava fazendo, eles se interessaram. E aí então assim, são coisas né, do dia-a-dia que eles também observam, então até com relação a questão do humor, da escrita, que aí eu falei " olha, vocês podem enriquecer mais a anotação de vocês, olha só como que está anotado aqui, olha os aspectos que aqui está levantando, que é um alerta que vocês têm que

olhar o paciente", então foi uma roda de conversa bem bacana. E acho que sim acrescentou bastante, mesmo com relação a alimentação, hidratação, são coisa que eles observam e eles anotam, e eles começavam "nossa olha aquele paciente", então eles começaram a lembrar alguns casos, então, sim, eu acho que agregou ao serviço sim. (E2).

Teve [contribuição], *porque a gente na, quando a gente fica muito no dia-a-dia em CAPS, a gente esquece um pouco do núcleo de aprendizagem, do núcleo da profissão e acaba trabalhando muito no campo, né, então a gente acaba ficando muito pra demandas rápidas e não fica tanto no de núcleo pra sistematizar a assistência, pra firmar aquilo que o enfermeiro pode realmente contribuir na assistência do usuário de CAPS.* (E3).

Assim, na hora de pensar num todo, né, na hora de responder esse questionário aqui, ele vai entrando muito na questão do PTS pra gente. Então ele não vai destoar tanto, a única coisa que ele vai focar a atenção pro exame mental e físico do paciente, pra gente parar para pensar um pouco além das questões sociais, da questão de interação, da questão de, que a gente acaba trabalhando a inserção em determinados casos. (E3).

Acho que trouxe [contribuição] *porque, aí eu comecei a perceber mais como que os pacientes, ahn, o paciente que a gente responderia tudo assim, o item na parte de discreta assim, depois você vai analisando melhor, ele não toma medicação, tem dificuldade, parece que é super normal, super orientado, mas tem aquelas áreas que tem problema né, não aceita tomar o remédio, tem algum evento colateral da medicação ou tem diabetes, precisa mexer na dieta.* (E4).

Eu acho que foi um bom instrumento sim, acho que dá para aproveitar para fazer de repente diagnóstico de enfermagem né. É bem detalhado, dá para avaliar bem né. Para avaliar a dificuldade, o grau de dificuldade dos pacientes né. (E4).

> *Ah, muda um pouco* [a rotina], *a gente aqui não está acostumada, ah que nem na enfermagem, é uma demanda assim, toda hora, tem paciente, tem acolhimento, tem atendimentos, a gente não está acostumada a sentar e escrever coisas, igual esse instrumento. Acho que é falta de hábito mesmo, a gente está acostumada a fazer os atendimentos para o paciente, então, muda um pouco realmente o fato de ter que sentar, pensar um pouco, analisar o paciente, preencher, gerou uma certa demanda, mas foi tranquilo.* (E5).

> *Ah, trouxe* [contribuição], *nesse sentido assim, de parar um pouco no dia-a-dia naquela rotina pesada que a gente tem, o fato de parar um pouquinho e pensar em cada aspecto do paciente, contribui sim.* (E5).

Nas falas posteriores dois dos entrevistados demonstraram que conseguem reconhecer a finalidade original para qual o instrumento foi construído:

> *[...] no dimensionamento primeiro você tem que avaliar o grau de complexidade do paciente para depois ver as horas enfermagem por paciente. Então esse aqui é o primeiro passo para fazer o dimensionamento, que é uma coisa que a gente vai ter que fazer aqui.* (E1).

> *Eu acredito que devido a pontuação encontrada vai nos mostrar a cara dos pacientes que estão naquele serviço, acho que esse é o objetivo né.* (E2).

Considerando as respostas dos enfermeiros quanto à aplicabilidade do ICP-Enfermagem Psiquiátrica nos CAPS encontrou-se valores médios variando de 1,4(Dp=0,55; *Os dados gerados são úteis para tomada de decisão gerencial em CAPS)* a 3,8(Dp=0,45; *Apresenta tendência a superestimar a categoria que o paciente pertence).* As afirmativas com menores médias de pontuações - 1,80 (Dp=0,45) foram: *contempla todas as necessidades dos pacientes em atendimento-dia intensivo; é possível ser introduzido na prática do enfermeiro do CAPS*; e, *fornece dados confiáveis*. Obteve-se concordância K_w =0,37 (IC 95%:0,19-0,56; p <0,001) entre os itens (**Tabela 10**).

Tabela 10 – Análise descritiva e concordância entre os enfermeiros sobre a aplicabilidade do instrumento nos CAPS (n=5). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

Afirmativas	M(DP)	Md(Q1:Q3)
1. Abrange as áreas de cuidados mais expressivos em saúde mental.	2,00(0,00)	2(2:2)
2. Contempla todas as necessidades dos pacientes em acolhimento 24h.	2,60(0,89)	2(2:3)
3. Contempla todas as necessidades dos pacientes atendimento-dia intensivo.	1,80(0,45)	2(2:2)
4. Contempla todas as necessidades dos pacientes ambulatoriais.	2,20(0,45)	2(2:2)
5. Contempla todas as necessidades dos pacientes assistidos no domicilio.	3,00(1,00)	3(2:4)
6. Contempla todas as necessidades por demanda espontânea.	2,2(0,84)	2(2:3)
7. É de fácil entendimento.	2,20(1,64)	1(1:4)
8. É muito extenso.	3,60(0,89)	4(4:4)
9. É de fácil aplicação.	2,00(1,22)	2(1:4)
10. Despende muito tempo para avaliação do paciente	3,60(0,89)	4(4:4)
11. Fornece dados confiáveis.	1,80(0,45)	2(2:2)
12. Proporciona avaliação adequada da categoria que o paciente pertence.	2,20(1,10)	2(2:2)
13. Apresenta tendência a subestimar a categoria que o paciente pertence.	3,40(0,89)	4(3:4)
14. Apresenta tendência a superestimar a categoria que o paciente pertence.	3,80(0,45)	4(4:4)
15. Os dados gerados são úteis para tomada de decisão gerencial em CAPS.	1,40(0,55)	1(1:2)
16. É possível ser introduzido na prática diária do enfermeiro do CAPS .	2,40(0,89)	2(2:2)
K_w (IC 95%)	0,37 (0,19-0,56)*	

Escore varia de 1 a 5: quanto mais alto o escore, menor a concordância. M – média; DP – desvio padrão; Md – mediana; Q1 – quartil 1; Q3 – quartil 3; K_w- Kappa ponderado; IC 95% - intervalo de 95% de confiança; * p <0,001.

As áreas de cuidado foram avaliadas, individualmente, em relação à facilidade de entendimento e abrangência (aspectos de cuidar no CAPS). No primeiro quesito as médias variaram de 1,80(DP=1,30; *Atividades, Interação Social, Alimentação/Hidratação e Eliminações*) a 2,20 (DP=1,10; *Cuidados com a aparência e higiene*) e (K_w =0,36; 0,02 – 0,70; p=0,02). Já no aspecto abrangência, a variação foi de 1,60(Dp=0,55; *Eliminações*) a 2,40(DP=0,89; *Cuidados com a aparência e higiene*) com K_w =0,01(0,33 – 0,35; p= 0,48) (**Tabela11**).

Tabela 11 – Análise Descritiva e concordância entre os enfermeiros referente às Áreas de Cuidado do instrumento (n=5). Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2019.

Afirmativas	M(DP)	Md(Q1:13)
1. Cuidados com a aparência e higiene		
Facilidade de entendimento	2,20(1,10)	2(2:2)
Abrangência (aspectos do cuidar no CAPS)	2,40(0,89)	2(2:2)
2. Expressão do pensamento		
Facilidade de entendimento	2,00(1,22)	2(1:2)
Abrangência (aspectos do cuidar no CAPS)	1,80(0,45)	2(2:2)
3. Humor e afeto		
Facilidade de entendimento	2,00(1,22)	2(1:2)
Abrangência (aspectos do cuidar no CAPS)	1,80(0,45)	2(2:2)
4. Atividades		
Facilidade de entendimento	1,80(1,30)	1(1:2)
Abrangência (aspectos do cuidar no CAPS)	1,60(0,55)	2(1:2)
5. Interação social		
Facilidade de entendimento	1,80(1,30)	1(1:2)
Abrangência (aspectos do cuidar no CAPS)	1,80(0,45)	2(2:2)
6. Alimentação/ hidratação		
Facilidade de entendimento	1,80(1,30)	1(1:2)
Abrangência (aspectos do cuidar no CAPS)	1,80(0,45)	2(2:2)
7. Sono		
Facilidade de entendimento	2,00(1,22)	2(1:2)
Abrangência (aspectos do cuidar o CAPS)	1,80(0,45)	2(2:2)
8. Medicação		
Facilidade de entendimento	2,00(1,22)	2(1:2)
Abrangência (aspectos do cuidar o CAPS)	1,80(0,45)	2(2:2)
9. Eliminações		
Facilidade de entendimento	1,80(1,30)	1(1:2)
Abrangência (aspectos do cuidar o CAPS)	1,60(0,55)	2(1:2)
10. Sinais vitais e outros controles		
Facilidade de entendimento	2,00(1,22)	2(1:2)
Abrangência (aspectos do cuidar no CAPS)	2,00(1,22)	2(1:2)
11. Queixas e problemas somáticos		
Facilidade de entendimento	2,00(1,22)	2(1:2)
Abrangência (aspectos do cuidar no CAPS)	2,00(1,22)	2(1:2)
K_w (IC 95%)		
Facilidade de entendimento	0,36 (0,02 – 0,70)*	
Abrangência (aspectos do cuidar no CAPS)	0,01 (0,33 – 0,35)**	

Escore varia de 1 a 5: quanto mais alto o escore, menor a concordância. M – média; DP – desvio padrão; Md – mediana; Q1 – quartil 1; Q3 – quartil 3; K_w- Kappa ponderado; IC 95% - intervalo de 95% de confiança; * p=0,02; ** p= 0,48.

6 DISCUSSÃO

O ICP – Enfermagem Psiquiátrica foi construído e validado em 2008 (MARTINS; ARANTES; FORCELLA, 2008), com uso recomendado pelo COFEN em 2017 (COFEN,2017) para serviços de funcionamento 24, incluindo os CAPS III, no entanto, poucas pesquisas o utilizaram e, em contextos de unidades de internação psiquiátrica em hospital geral (OLIVEIRA; LAUS, 2011), hospital neuropsiquiátrico (MUKAI; JERICÓ; PERROCA, 2013) e serviço de emergência (GATTI, et al., 2019). Na presente pesquisa foi aplicado por cinco enfermeiros na avaliação das necessidades de atenção de enfermagem de usuários em atendimento intensivo de três CAPS, pois entende-se que a frequente utilização deste instrumento permitirá detectar seus benefícios, obstáculos e avanços em investigações sobre demanda de atenção de pacientes psiquiátricos em relação à enfermagem.

Considerando o perfil assistencial a partir do instrumento utilizado, as categorias de cuidado encontradas com frequências elevadas foram semelhantes aos estudos desenvolvidos no contexto hospitalar e de emergência (OLIVEIRA; LAUS, 2011; MUKAI; JERICÓ; PERROCA, 2013; GATTI, et al., 2019). Acreditava-se que o perfil assistencial nos CAPS, com predomínio da categoria discreta no CAPS AD, seguida da intermediária, no CAPS II e III, seria diferente do contexto hospitalar por constituírem momentos diferentes de tratamento psiquiátrico.

Outra similaridade dentre as categorias esteve associada à plena, que representou a menor parcela em todas as pesquisas (OLIVEIRA; LAUS, 2011; MUKAI; JERICÓ; PERROCA, 2013; GATTI, et al., 2019), com maior frequência na unidade de internação específica para pessoas em crise(OLIVEIRA; LAUS, 2011). Nos CAPS, no presente estudo, encontrou-se apenas uma avaliação nesta última categoria, implicando em encaminhamento do usuário à internação devido ao aumento da demanda de cuidados e, portanto, mudança no regime de tratamento.

Quanto aos diagnósticos médicos identificados, o grupo de transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de SPA estiveram associados à categoria discreta, apesar de acarretarem prejuízos e sobrecarga aos indivíduos, não são os transtornos mais incapacitantes segundo a literatura científica, ficando atrás dos transtornos depressivo e de ansiedade (VOS et al., 2016; BONADIMAN et al., 2017).

Já os transtornos psicóticos por atingirem desde as funções mentais até a rede social e ocupacional dos usuários, podem gerar maior demanda de cuidados, não obstante, foram, nesta pesquisa, associados à categoria intermediária/plena (FREITAS et al., 2016; BELLIER-TEICHMANN et al., 2016). A população acometida por esses transtornos foram prevalentes nos CAPSII e III, resultado similar ao de outro estudo que avaliou o perfil clínico de diferentes modalidades CAPS (TREVISAN; CASTRO, 2017). Por constituírem em transtornos mentais graves, cercados por estigma, que necessitam de apoio para reinserção na sociedade, trabalhos de reabilitação devido às situações de prejuízo cognitivo, os CAPS II e III são locais de referência a essas pessoas (BONADIMAN et al., 2017).

O processo da avaliação diagnóstica demanda tempo, em alguns casos meses ou até anos, sendo natural ocorrer mudanças e associações diagnósticas, principalmente em psiquiatria. Esse fato esteve presente neste estudo, sendo constatado mais de uma hipótese diagnóstica em alguns usuários (LEITÃO et al., 2017). Em relação a demanda de cuidados e número de hipóteses diagnósticas médicas, acreditava-se que esses seriam proporcionais, quanto mais diagnósticos, maior a demanda de cuidados, no entanto, o inverso ocorreu. E como não foi possível dispor dos dados do tempo de transtorno mental, não se pode concluir que o usuário com apenas um diagnóstico seria um caso de longa data e, portanto, crônico.

Presumia-se o grupo de faixa etária mais elevada, acima de 50 anos, correspondesse àquele com maiores demandas de atenção de enfermagem elevadas, já que o aumento da idade acompanha a necessidade de atenção (FONSECA et al., 2017). Entretanto, as categorias intermediária/plena mostraram-se associadas à faixa etária de 40 a 49 anos. Um estudo sobre a carga dos transtornos mentais (BONADIMAN et al., 2017) identificou valores mais elevados nesta faixa etária, tanto na esquizofrenia, como no uso/abuso de álcool. Considerando a faixa etária de 30 a 39 anos esteve associada à categoria discreta, sendo possível inferir que há menor prejuízo na autonomia.

A pesquisa trouxe uma perspectiva de cada área de cuidado. Destaca-se a área de cuidados *Expressão do pensamento*, que abrange neste instrumento itens de como o paciente responde às solicitações recebeu maior pontuação no CAPS AD, provavelmente por englobar quadros de intoxicação ou síndrome de abstinência de SPA, acarretando em sintomas psicóticos, com a presença de delírios (SILVA et al., 2016). Tais sintomas, muitas vezes, cessam após o período de horas, no entanto, tem a possibilidade de tornar-se uma condição patológica (DEGENHARDT et al., 2018).

A área de cuidados, *queixas e problemas somáticos* está relacionada na avaliação do paciente quanto ao tratamento e efeitos colaterais dos medicamentos, obteve maior pontuação no CAPSII. Essa área apresentou uma elevada pontuação neste serviço pode estar associada aos sintomas extrapiramidais (SEP), muito comuns por consequência da impregnação de antipsicóticos típicos. Os SEP entram nos cuidados de enfermagem como forma de observação e detecção precoce de tais sintomas, principalmente em caso dos diagnósticos de transtornos psicóticos que as doses são mais elevadas (RASMUSSEN; ROSEBUSH; MAZUREK, 2017). Além de desconfortáveis ao indivíduo, a intoxicação pelo uso de antipsicóticos pode levar a um quadro chamado de síndrome neuroléptica maligna, que se não detectado precocemente gera muitas complicações, dentre elas, insuficiência respiratória aguda, lesão renal aguda e sepse (MODI et al., 2016).

Ainda em *queixas e problemas somáticos*, os sinais de cronicidade da doença também são avaliados, e neste caso, podem ser pontuadas pelo prejuízo cognitivo e social gerado por esses transtornos; um exemplo clássico é a esquizofrenia (SINGH et al., 2018).

A área de cuidado de destaque no CAPS III, *sinais vitais e outros controles*, tem enfoque na necessidade de um cuidado sistematizado direcionado à sintomatologia de morbidades. O predomínio de transtornos psicóticos foi no CAPS II e III, sendo a base do tratamento medicamentoso, o uso de antipsicóticos (RASMUSSEN; ROSEBUSH; MAZUREK, 2017). Mesmo a nova geração destes medicamentos - os atípicos - pode gerar complicações, como a síndrome metabólica, demandando atenção profissional. Assim, a alta pontuação nessa área de cuidado pode estar relacionada ao seu uso e ao consequente risco para desenvolvimento de doenças como hipertensão arterial sistêmica, obesidade e diabetes mellitus tipo II (HIRSCH et al., 2018).

Em relação aos fatores preditores para maior demanda de atenção de enfermagem foram identificados: ser usuário de CAPS II, CAPS III, e do sexo masculino, com 16,4, 13,6 e 3,8 vezes mais chance, respectivamente. Ambos os CAPS tiveram predomínio de transtorno psicótico. O risco no CAPS II foi 2,8 vezes maior que no III, provavelmente, por ter apresentado maiores frequências na faixa etária de 40-49 anos e no sexo masculino, ambos associados à maior necessidade de cuidados.

O histórico da cultura masculina de buscar atendimento apenas ao surgimento de doenças ou em caso de urgência, ter uma percepção mais positiva sobre sua saúde do que o sexo feminino, pode estar relacionado a apresentar-se como um fator de risco na presente pesquisa. (MOURA; GOMES; PEREIRA, 2017). Sendo assim, quando se

apresentam aos serviços, os homens já estão com um quadro da doença mais avançado (ARRUDA; MATHIAS; MARCON, 2017).

Considerando os resultados a partir das do questionário aplicado, houve concordância razoável entre os enfermeiros a respeito do ICP-enfermagem Psiquiátrica como um todo e sobre a facilidade de entendimento. Não foi encontrada concordância no aspecto de abrangência nos aspectos de cuidar em Saúde Mental no CAPS.

Notou-se que os profissionais caracterizaram o instrumento, no geral, como pertinente às avaliações de Enfermagem Psiquiátrica e Enfermagem em Saúde Mental, demonstrando o conhecimento teórico-cientifico dos enfermeiros a respeito da assistência de enfermagem nesta especialidade. Ressalta-se que a partir da modalidade CAPS II é necessário um enfermeiro especialista em saúde mental na composição da equipe de enfermagem (BRASIL,2004), destacando importância e especificidade da área, além de valorizar o enfermeiro enquanto especialista, incentivando-os a buscar capacitação na área de atuação. Na presente pesquisa constatou-se que dois dos enfermeiros entrevistados tinham especialização na área.

Além disso, outro resultado que corrobora com a fala e resposta ao questionário dos enfermeiros em ser um bom instrumento para avaliar os pacientes em saúde mental, com dados confiáveis, é o fato de o único paciente classificado em dependência plena na presente pesquisa, ou seja, com uma maior demanda de cuidados, não compareceu ao serviço na semana seguinte devido ao encaminhamento à uma unidade de internação, necessitando de um modelo de tratamento diferente naquele momento.

Ao mesmo tempo que reconheceram o potencial do instrumento, houve sugestões em ampliá-lo em questões fundamentais para a área, como por exemplo, risco de suicídio, risco de queda e alterações da psicomotricidade. Em relação ao suicídio, o item é abordado no instrumento na área de cuidado *Humor e Afeto*, no entanto, é um indicativo essencial na assistência em psiquiatria, constituindo muitas vezes o motivo pelo qual se inicia um tratamento psiquiátrico, quando não, faz-se necessário e justifica uma internação (BOTTI et al., 2018). Pode ter sido por isso que foi considerado um item que deveria ter um maior destaque no instrumento.

Quanto ao risco de queda, constitui um indicador de qualidade essencial na assistência de enfermagem. Em um estudo de revisão sobre quedas na especialidade psiquiatria (CASSOLA et al., 2019) foram identificados como principais fatores de risco a presença de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM) e o uso de

medicamentos psicotrópicos, constatando o perfil dos pacientes avaliados e fundamentando a fala do enfermeiro.

A avaliação de psicomotricidade é sinalizada na categoria *Expressão do pensamento* por meio de “expressa ideias de agitação” e na *Interação Social* por “anda sozinho de um lado para o outro”. No entanto, um dos enfermeiros não considera essa avalição de forma clara e apesar de ter aparecido em apenas uma fala, configura-se um dado importante para avaliação do estado mental dos pacientes, indicando a presença ou não de alterações. A mais comum é a agitação psicomotora, implicando na aceleração da atividade motora, em geral, secundária a taquipsiquismo acentuado e associada à hostilidade e heteroagressividade (DALGALARRONDO, 2018|).

As atividades da enfermagem psiquiátrica antes da Reforma eram marcadas apenas pelo serviço burocrático e administrativo, que com o tempo veio dando espaço ao acolhimento, a escuta terapêutica, e consulta de enfermagem (ANDRADE; SIQUEIRA, 2018). Mesmo assim, podemos observar a partir das entrevistas, que avaliar os pacientes com esse instrumento trouxe os enfermeiros para perto dos mesmos, mostrando que muitas vezes o enfermeiro se perde em seu papel, devido às atribuições administrativas que lhe são cobradas.

Além da aproximação direta com o cuidado, notou-se um pré-julgamento dentre os enfermeiros de que sua clientela seria toda de dependência discreta por constituir um serviço de reabilitação. Em contrapartida, mesmo acreditando em um perfil com baixa demanda de cuidados, um dos entrevistados demonstrou a necessidade de mais recursos humanos. A presente pesquisa, de fato, identificou o predomínio da categoria discreta, no entanto, assemelhou-se com pesquisas em ambientes hospitalares (OLIVEIRA; LAUS, 2011; MUKAI; JERICÓ; PERROCA, 2013; GATTI, et al., 2019) demonstrando que o cuidado, mesmo com pacientes em quadros clínicos mais estáveis, também demandam da equipe, provavelmente por sua cronicidade, e, ou oscilação.

Os enfermeiros indicaram o ICP-Enfermagem Psiquiátrica como uma ferramenta que possibilita auxilio na construção do Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e do PTS. Em geral, Os ICP, podem ser utilizados para diversas finalidades, em um estudo de revisão (ABREU; POMPEU; PERROCA, 2014) foi identificado que a maioria os pesquisadores focam no perfil assistencial e CT, no entanto, apesar de pequena, há uma parcela que aplica para o planejamento da assistência.

Outros ganhos para trabalho de enfermagem, mesmo que abordado em apenas uma fala, foi a orientação em equipe, demonstrando que a pesquisa foi além de seu

propósito, alcançando a equipe de enfermagem a fim de melhorar o cuidado, incluindo as anotações de enfermagem. Sabe-se que os registros de enfermagem garantem a comunicação entre a equipe de saúde e fornecem respaldo legal pois constituem o único documento que relata todas as ações da enfermagem junto ao paciente (COFEN, 2017).

Outra abordagem que o estudo emergiu é a PBE, que vêm sendo utilizada no contexto internacional desde 1970, e no Brasil no final dos anos 90, com maior produção em 2009, e pode ser definida como a integração da melhor evidência científica à experiencia profissional e especificidades do paciente aplicada ao cuidado (CAMARGO, et al., 2018). Os resultados oriundos das entrevistas indicam que a utilização de ferramentas de avalição com o paciente, aproximam os enfermeiros dos cuidados e de sua equipe, permitindo uma assistência fundamentada no conhecimento teórico-científico, permitindo uma maior segurança no planejamento no cuidado (CAMARGO et al., 2018).

Considerando que todas as pesquisas apresentam limitações, podemos identificar a periodicidade das avaliações por ter sido realizada semanalmente e não de acordo com a frequência de comparecimento dos usuários em atendimento-dia intensivo, de três a cinco vezes por semana. A ação educativa em apenas um momento também pode ser considerada uma limitação, já que, por não ser uma ferramenta do conhecimento dos enfermeiros, e muito menos de sua rotina, notou-se nas entrevistas que ainda algumas dúvidas não tinham sido totalmente sanadas. Por último, esta pesquisa representa os CAPS de uma cidade no interior do estado de São Paulo, sendo assim, os achados podem diferir de outros cenários.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS/ CONCLUSÕES

Esta pesquisa pode ser considerada pioneira por ser a primeira a propor uma aproximação de enfermeiros dos CAPS com uma ferramenta de avaliação da demanda de cuidados de enfermagem possibilitando a instrumentalização dos mesmos na assistência de Enfermagem em Psiquiatria e Enfermagem em Saúde Mental.

A partir desta investigação foi traçado um mapeamento do perfil assistencial de usuários em diferentes modalidades CAPS. A associação deste perfil às características demográficas e clínicas possibilita obter um indicativo ao planejar os cuidados de enfermagem, podendo contribuir na construção do PTS.

Constatou-se o predomínio na categoria discreta no CAPS AD e intermediária nos CAPS II e CAPS III. A partir de associações estatísticas foram identificadas diferenças entre as modalidades quanto ao sexo, diagnostico principal e categorias de cuidados. E foram detectados como os fatores preditores para maior necessidade de atenção de enfermagem ser usuário dos CAPS II e III, e do sexo masculino.

Ao investigar a demanda em CAPS e a opinião dos enfermeiros sobre o ICP-Enfermagem Psiquiátrica, no geral, trouxeram percepções positivas da ferramenta. Além disso, permitiram a aproximação dos enfermeiros com o paciente e sua equipe, observou-se o conhecimento teórico-científico dentre eles e estimulou a reflexão da prática de enfermagem em saúde mental.

Os CAPS constituem o modelo de atenção referência do Sistema Único de Saúde (SUS) na Área de Saúde Mental e Psiquiatria, no Brasil, e importante componente da RAPS, sendo essa pesquisa o primeiro passo para entender como se dá a demanda de cuidados de enfermagem neste cenário de prática a partir de um instrumento de avaliação. Espera-se, portanto, que os resultados tragam contribuições e estimulem investigações para o aprofundamento nesta temática e a ampliação do olhar da enfermagem para seu planejamento na assistência.

REFERÊNCIAS

ABREU, S.P.; POMPEO, D.A.; PERROCA, M.G. Utilização de instrumentos de classificação de pacientes: análise da produção do conhecimento brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.48, n.6, p.1111-8, 2014.

AKERJORDET, K.; FURUNES, T.; HAVER, A. Health-promoting leadership: An integrative review and future research agenda. **Journal of Advanced Nursing**, v.74, n.7, p.1505–16, 2018.

ALVES, S.R.; SANTOS R.P.; GIMENES R.M.T.; YAMAGUCHI, M.U. Nursing workload in mental health. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.17, n.5, p.684-90, 2016.

ALTMAN, D. G. Practical Statistics for Medical Research. Chapman & Hal, London, 1991.

AMARANTE, P.; TORRE, E.H.G. **"**De volta à cidade, sr. cidadão!" — reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimento antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, v.52, n.6, p.1090-1107, 2018.

ANDRADE, J.N.B.; SIQUEIRA, F.M. A atuação do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial. **Revista de Enfermagem da UFJF**, v.4, n.1, p.83-92, 2018.

ARRUDA, G.O.; MATHIAS, T.A.F.; MARCON, S.S. Prevalência e fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.1, p.279-290, 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011

BEE P.E.; RICHARDS, D.A.; LOFTUS, S.J.; BAKER, J.A.; BAILEY, L.; LOVELL, K.; et al. Mapping nursing activity in acute inpatient mental healthcare settings. **Journal of Mental Health,** v.15, n.2, p.217 – 226, 2006.

BELLIER-TEICHMANN, T.; GOLAY, P.; BONSACK, C.; POMINI, V. Patients' needs for care in public mental health: unity and diversity of self-assessed needs for care. **Frontiers in Public Health**, v.4, n.22, 2016.

BITTENCOURT, M.N.; MARQUES, M.I.D.; BARROSO, T.M.M.D.A. Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. **Revista de Enfermagem Referência**, v.IV, n.18, p.125-132, 2018.

BONADIMAN, C.S.C.; PASSOS, V.M.A.; MOONEY, M.; NAGHAVI, M.; MELO, A.P.S. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015**. Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.20, SUPPL 1, p.191-204, 2017.

BORGES, C.A.S.; VASCONCELOS, C.R.; OSELAME, G.B.; DUTRA, D.A. O novo perfil profissional do enfermeiro frente ao centro de atenção psicossocial. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, v.5, n.2, p.217-233, 2016.

BOTTI, N.C.L.; CANTÃO, L.; SILVA, A.C.; DIAS, T.G.; MENEZES, L.C.; CASTRO, R.A.S. Características e fatores de risco do comportamento suicida entre homens e mulheres com transtornos psiquiátricos. **Cogitare Enfermagem**, v.23, n.2, e54280, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3588/GM, 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Nota Técnica nº 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CAMARGO, F.C.; IWAMOTO, H.H.; GALVÃO, C,M.; PEREIRA, G.A.; ANDRADE, R.B.; MASSO, G.C. Competências e barreiras para Prática Baseada em Evidências na Enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.71, n.4, p.2148-56.

CARVALHO, M.B.; FELLI, V.E.A. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.14, n.1, p.61-69, 2006.

CASSOLA, T. P.; ESLABÃO, A. D.; DOS SANTOS, E. O.; CRUZ, I. R.; SCHNEIDER, J. F.; PINHO, L. B. DE. Quedas em pacientes psiquiátricos: uma revisão integrativa. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 18, n. 3, 2 ago. 2019.

CAI, Z.X.; LI, K.; ZHANG, X.C. Workplace Stressors and Coping Strategies Among Chinese Psychiatric Nurses. **Perspectives in Psychiatric Care,** n.44, v.4, p.223-231, 2008.

CARAYON, P.; ALVARADO, C.J. Workload and patient safety among critical care nurses. **Critical Care Nursing Clinics of North America**, v.19, n.2, p.121-129, Jun, 2007.

CAREY, T.A. Beyond patient-centered care: Enhancing the patient experience in mental health services through patient-perspective care. **Patient Experience Journal**, v.3, n.2, p.46-49, 2016.

CURRID T. Experiences of stress among nurses in acute mental health settings. **Nursing Standart,** v.23, n.44, p.40-6, Jul, 2009.

CLEMENTINO, F.S.; SILVA, F.G.; MIRANDA, F.A.N.; QUEIRÓZ, D.T.G.; PESSOA JÚNIOR, J.M.; MARCOLINO, E.C. Percepção dos usuários acerca do atendimento no Centro de Atenção Psicossocial III. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v.7, n.3, p.464-476, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 189 de 18 de março de 1996. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. São Paulo, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº543 de 18 de abril de 2017. Atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. Brasília, 2017.

CONSELHO FERDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº564 de 6 de novembro de 2017. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, Brasília, 2017.

COPELLI, F.H.S.; ERDMANN, A.L.; SANTOS, J.L.G. dos. Entrepreneurship in Nursing: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, B rasília, v.72, supl.1, p.289-98, Fev, 2019.

DALGALARRONDO, P. A vontade, a psicomotricidade e suas alterações. In:_____. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2ª ed.** Porto Alegre: Editora Artmed, 2008. cap.17, p.174 -192.

DELANEY, K.R.; JOHNSON, M.E. Metasynthesis of research on the role of psychiatric inpatient nurses: what is important to staff? **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, v.20, n.2, p.125-37, 2014.

DEL-BEN, C.; SPONHOLZ-JR, A.; MANTOVANI, C.; FALEIROS, M.C.; OLIVEIRA, G.; GUAPO, V.; MARQUES, J.M. Emergências psiquiátricas: manejo de agitação psicomotora e avaliação de risco suicida. **Medicina**, v.50, supl1, p.98-12, 2017.

DEGENHARDT, L.; SAHA, S.; LIM, C.C.W.; AGUILAR-GAXIOLA, S.; AL-HAMZAWI, A.; ALONSO, J.; et al. The associations between psychotic experiences and substance use and substance use disorders: findings from the World Health Organization World Mental Health surveys. **Addiction**, v.113, n.5, p.924-34, 2018.

DINI, A.P.; FUGULIN, F.M.T.; VERÍSSIMO, M.R.; GUIRARDELLO E.B. Sistema de classificação de pacientes pediátricos: construção e validação de categorias de cuidados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.45, n.3, p.575-80, 2011.

DINI, A.P.; GUIRARDELLO E.B. Sistema de classificação de pacientes pediátricos: aperfeiçoamento de um instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.48, n.5, p.787-93, 2014.

FANNERAN, T.; BRIMBLECOMBE, N.; BRADLEY, E.; GREGORY, S. Using workload measurement tools in diverse care contexts: the experience of staff in mental health and learning disability inpatient settings. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v.22, p.764–772, dec, 2015.

FERNANDES, M.A.; SOARES, L.M.D.; SILVA, J.S. Work-related mental disorders among nursing professionals: a Brazilian integrative review. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v.16, n.2, p.218-24, 2018.

FERREIRA, P.C.; MARTINS, Q.C.S.; SAMPAIO, S.F.; MACHADO, R.C. Classificação de pacientes e carga de trabalho de enfermagem em terapia intensiva: comparação entre instrumentos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.38, n.2, e62782, 2017.

FONSECA, C.; FERREIRA, F.; RAMOS, A.; LOPES, M.; SANTOS, V. Estudo de necessidades de cuidados de pessoas com 65 e mais anos de idade, proposta de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação. **Journal of Aging and Innovation**, v.6, n.2, p.32 – 42, 2017.

FREITAS PHB, PINTO JAF, NUNES FDD, SILVA E SOUZA AR, MACHADO RM. Esquizofrenia refratária: qualidade de vida e fatores associados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.29, n.1, p.60-8, 2016.

FURAKER C. Nurses' everyday activities in hospital care. **Journal of Nursing Management**, v.17, p.269–277, 2009.

FUGULIN, F.M.T.; GAIDZINSKI, R.R.; KURCGANT, P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.1, p. 72-78, 2005.

FUGULIN, F.M.T. et al. Quadro de profissionais de enfermagem em unidades médico-cirúrgicas de hospitais de ensino: composição e custos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe2, p. 48-54, 2015.

GABRIELSSON, S.; SEAVENSTEDT, S.; ZINGMARK, K. Person-centred care: clarifying the concept in the context of inpatient psychiatry. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v.29, p.555–562, 2015.

GASKY, L.; COVENTRY, P. Person-centred mental health care: the challenge of implementation. **Epidemiology and Psychiatric Sciences**, v.21, p.139–144, 2012.

GATTI, Y.A.M.; LOPES, M.C.B.T.; COSTA, A.F.; CAMPANHARO, C.R.V.; OKUNO, M.F.P.; BATISTA, R.E.A. Classification of dependency level of psychiatric patients in the emergency department. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.18, n.4, e42151, 2019.

GEROLAMO, A.M. An Exploratory Analysis of the Relationship Between Psychiatric Nurses' Perceptions of Workload and Unit Activity. **Archives of Psychiatric Nursing**, v.23, n.3, p.243-250, 2009.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 6ª edição, 2018. ISBN 978-85-97-01292-7.

GOVONI, A.; NEUMANN, D.C.; SCHUMACHER, D.; PETITEMBERG, N.; WEBER, L.; SILVEIRA, P.S.; AZAMBUJA, L.; PREDEBON, J. Levantamento do perfil

sociodemográfico dos pacientes atendidos na rede de saúde mental de Guaíba. **Aletheia**, v.50, n.1-2, p.83-94, jan./dez. 2017.

GWET, K.L. Computing Inter-Rater Reliability and its Variance in the Presence of High Agreement. **British Journal of Mathematical and Statistical Psychology**, v.61, p.29-48, 2008.

HAMAIDEH SH. Occupational Stress, Social Support, and Quality of Life among Jordanian Mental Health Nurses**. Issues in Mental Health Nursing**, v.33, p.15–23, 2012 HENDERSON, J.; WILLIS, E.; WALTER, B.; TOFFOLI, L. Community mental health nursing: Keeping pace with care delivery? **International Journal of Mental Health Nursing**, v.17, p.162–170, 2008.

HESLOP, B.; WYNADEN, D.; TOHOTOA, J.; HESLOP, K. Mental health nurses' contributions to Community mental health care: An Australian study. **International Journal of Mental Health Nursing**, v.25, p.426–433, 2016.

HIRSCH L, PATTEN SB, BRESEE L, JETTE N, PRINGSHEIM T. Second-generation antipsychotics and metabolic side-effects: Canadian population-based study. **BJPsych Open**, v.4, n.4, p.256–261, 2018.

HOPIA, H.; LATVALA, E.; LIIMATAINEN, L. Reviewing the methodology of an integrative review. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v.30, n.44, p.662-69, 2016.

IGLESIAS, C.; VILLA, M.J.A. A system of patient classification in long-term sychiatric inpatients: Resource Utilization Groups T-18 (RUG T-18). **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v.12, p.33–37, 2005.

JUNQUEIRA, M.; ANDRADE, L.F. Cuidados de enfermagem em pacientes com transtornos mentais inseridos nos Centros de Atendimentos Psicossociais (CAPS). **Revista Brasileira Ciências da Vida**, v.5, n.2, supl. L, p.1-24, 2017.

KONSTANTINOUA, A.K.; BONOTISA, K.; SOKRATOUSB, M.; SIOKASB, V.; DARDIOTIS, E. Burnout evaluation and potential predictors in a greek cohort of mental health nurses. **Archives of Psychiatric Nursing**, v.32, n.3, p.449–456, 2018.

LEKA, S.; HASSARD, J.; YANAGIDA, A. Investigating the impact of psychosocial risks and occupational stress on psychiatric hospital nurses'mental well-being in Japan. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v.19, p.123–13, 2012.

LEITÃO, I.B.; FIGUEIREDO, D.D.; MARBACH, M.A.J.; MARTINS, K.S.; Caracterização dos Transtornos Psiquiátricos Diagnosticados no CAPS I, em Jaguaré, ES, no Período de Janeiro a Outubro de 2014. **Revista Psicologia e Saúde**, v.9, n.1, p.19-35. 2017.

MARTINS, P.A.S.F.; FORCELLA, H.T. Sistema de classificação de pacientes na especialidade enfermagem psiquiátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.19, n.1, p.62-9, 2006.

MARTINS, P.A.S.F.; ARANTES, E.C.; FORCELLA, H.T. Sistema de Classificação de Pacientes na Enfermagem Psiquiátrica: validação clínica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.42, n.2, p.233-4, 2008.

MCCRAY, G. Assessing inter-rater agreement for nominal judgement variables. **Paper presented at the Language Testing Forum**. Nottingham, p. 15-17, nov. 2013.

MCTIERNAN K, MCDONALD N. Occupational stressors, burnout and coping strategies between hospital and community psychiatric nurses in a Dublin region. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v.22, p.208–218, Apr, 2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 13. ed., São Paulo: Hucitec, 2014.

MODI, S.; DHARAIYA, D.; SCHULTZ, L.; VARELAS, P. Neuroleptic Malignant Syndrome: Complications, Outcomes, and Mortality. **Neurocritical Care**, v.24, p. 97–103. 2016.

MOURA, E.C.; GOMES, R.; PEREIRA, G.M.C. Percepções sobre a saúde dos homens numa perspectiva relacional de gênero, Brasil, 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.1, p.291-300, 2017.

MUKAI HA, JERICÓ MC, PERROCA MG. Care needs and workload required by institutionalised psychiatric patients. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.21, n.1, p.340-347, fev, 2013.

NYGAARD, L.; HANSEN, J. Making computerized PCS (patient classification system) work for psychiatric care. **Nursing Management**, v. 22, n. 11, p. 40-2, 1991.

OLIVEIRA, J.L.C.; MAGALHÃES, A.M.M.; MISUEMATSUDA, L. Mixed methods in nursing research: application according to Creswell. **Texto & Contexto de Enfermagem**, v.27, n.2, e0560017, 2018.

PARDUE, S.F.; DICK, C.T. Patient classification. Illness acuity and nursing care needs. **Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Services**, v. 24, n. 12, p. 23-3, 1986.

PEDRÃO, L. J.; HALLAK, J. E. C.; BERNARDO, S. A.; ZUARDI, A. W. Reability and valitidy of the interactive observation scale for psychiatric inpatients applied by nursing aides in daily ward practice. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**, v. 34, n. 7, p. 939-948, 2001.

PEIXOTO, F.M.S.; SILVA, K.V.L.G.; CARVALHO, I.L.N.; RAMOSD, A.G.B.; SILVA, I.L.; LACERDA, F.G.M.; et al. Perfil Epidemiológico de Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial em Pernambuco, Brasil. **Journal of Health Sciences**, v.19, n.2, p.114-9, 2017.

PERROCA, M.G.; GAIDZINSKI, R.R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.32, n.2, p.153-68, 1998.

PERROCA MG, GAIDZINSKI RR. Análise da validade de constructo do instrumento de classificação de pacientes proposto por Perroca. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.12, n.1, p.83-91, 2004.

PERROCA, M.G. Instrumento para classificação de pacientes: opinião de usuários e análise de indicadores de cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** v.42, n.4, p.656-664, dez, 2008.

PERROCA, M.G. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de pacientes. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n.1, p. 1-9, 2011.

PERROCA, M.G. The new version of a patient classification instrument: assessment of psychometric properties. **Journal of Advanced Nursing**, v.69, n.8, p.1862-8, 2013

PINHEIRO, C.W.; ARAÚJO, M.A.M.; ROLIM, K.M.C.; OLIVIERA, C.M.O.; ALENCAR, A.B. Teoria das relações interpessoais: reflexões acerca da função terapêutica do enfermeiro em saúde mental. **Enfermagem em Foco**, v.10, n.3, p.64-69, 2019.

PINHO, E.S.; SOUZA, A.C.S.; ESPERIDIAO, E. Processos de trabalho dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.1, p.141-152, 2018.

PINTO, D.M.; JORGE, M.S.B.; PINTO, A.G.A.; VASCONCELOS, M.G.F.; CAVALCANTE, C.M.; FLORES, A.Z.T., et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto & Contexto – Enfermagem,** v.20, n.3, p.493-502, 2011.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. Tradução: Denise Regina de Sales. 9ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2019.

RASMUSSEN, S.; ROSEBUSH, P.; MAZUREK, M. The Relationship between early haloperidol response and associated extrapyramidal side effects. **Journal of Clinical Psychopharmacology**, v.37, n.1, p.8–12, 2017.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Serviços prestados. Secretaria da Saúde. Programas. Programa Saúde Mental. Disponível em https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/i16ind-mental.php, acesso em 9 maio de 2020.

RIDLEY C. Relating nursing workload to quality of care in child and adolescent mental health inpatient services. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v.20, n.5, p.429-440, 2007.

RINGERMAN, E.S.; LUZ, S. A Psychiatric Patient Classification System. **Nursing Management**, v.21, n.10, p.66-71, 1990.

R CORE TEAM **R: A language and environment for statistical computing.** R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2018.

SANTOS, F.; ROGENSKI, N.M.B.; BAPTISTA, C.M.C.; FUGULIN, F.M.T. Sistema de classificação de pacientes: proposta de complementação do Instrumento de fugulin et al. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.15, n.5, p. 980-5, 2007.

SANTOS, T.B.; PINTO, I.C.M. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, Conferências e estratégias do Executivo Federal. **Saúde debate**, v. 41, n. spe3, p. 99-113, Sept. 2017.

SCHRODER, P.J.; WASHINGTON, W.P. Administrative decision making: staff-patient ratios (a patient classification system for a psychiatric setting). **Perspectives in Psychiatric Care**, v. 20, n. 3, p.111-23, 1982.

SILVA E SILVA, D.L.; TORREZAN, M.B.; COSTA, J.V.; GARCIA, A.P.R.F.; TOLEDO, V.P. Perfil sóciodemográfico e epidemiológico dos usuários de um centro de atenção psicossocial álcool e drogas. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde [Online]**, v.6, n.1, p.67-79, 2017.

SILVA, E. R.; FERREIRA, A.C.Z.; BORBA, L.O.; KALINKE, L.P.; NIMTZ, M.A.; MAFTUM, M.A. Impacto das drogas na saúde física e mental de dependentes químicos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 1, p. 101 - 108, 7 jun. 2016.

SINGH, S.; KHUSHU, S.; KUMAR, P.; GOYAL, S.; BHATIA, T.; DESHPANDE, S.N. Evidence for regional hippocampal damage in patients with schizophrenia. **Neuroradiology**, v.60, p.199–205, 2018.

SOARES, C.B.; HOGA, L.A.K.; PEDUZZI, M.; SANGALETI, C.; YONEKURA, T.; SILVA, D.R.A.D. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.48, n.2, p.335-45, 2014.

STEWART, L.A.; CLARKE, M.; ROVERS, M.; RILEY, R.D.; SIMMONDS, M.; STEWART, G.; TIERNEY, J.F. PRISMA-IPD Development Group. Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses of individual participant data: the PRISMA-IPD Statement. **Journal of the American Medical Association**, v.313, n.16, p.1657-65, 2015.

TRAPÉ, T.L.; CAMPOS, R.O. The mental health care model in Brazil: analyses of the funding, governance processes, and mechanisms of assessment. **Revista de Saúde Pública**, n.51, p.19. 2017

TREVISAN, E.R.; CASTRO, S.S. Perfil dos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial: uma revisão integrativa. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.41, n.4, p.994-1012, 2017.

VAN BOGAERT, P.; CLARKE, S.; WILLEMS, R.; MONDELAERS, M. Nurse practice environment, workload, burnout, job outcomes, and quality of care in psychiatric hospitals: a structural equation model approach. **Journal of Advanced Nursing**. v.69, n.7, p.1515-24, 2013.

VOS, T.; ALLEN, C.; ARORA, M.; BARBER, R.M.; BHUTTA, Z.A.; BROWN, A., et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **Lancet,** v. 388, p.1545-602, 2016.

WILLIS, E.; HENDERSON. J.; TOFFOLI, L.; WALTER, B. Calculating nurse staffing in community mental health and community health settings in South Australia. **Nursing Forum**, v.47, n.1, p.52-64, Jan-Mar 2012

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v.52, n.5, p.546-53, 2005.

YADA, H.; ABE, H.; LU, X.; WAKIZAKI, Y.; OMORI, H.; MATSUO, H., et al. Job-related stress in psychiatric nurses in Japan caring for elderly patients with dementia. **Environmental Health and Preventive Medicine**, v.19, p.436–443, nov, 2014.

YANG, B.X.; STONE, T.E.; PETRINI, M.A.; MORRIS, D.L. Incidence, Type, Related Factors, and Effect of Workplace Violence on Mental Health Nurses: A Cross-sectional Survey. **Archives of Psychiatric Nursing**, v.32, n.1, p.31–38, fev, 2018.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário Sociodemográfico

1. Sexo: 1. Masculino ( ) 2.Feminino ( )
2. Data de nascimento:
3. Estado civil: 1. Solteiro ( ) 2. Casado/com companheiro fixo ( ) 3.Separado/divorciado ( ) 4. Viúvo ( )
4. Ano de conclusão de graduação:
5. Tem pós-graduação concluída? 1.Não ( ) 2.Sim ( ) Se sim, qual? 1. Residência ( ) Área:_____ 2.Especialização( ) Área:_____ 3.Mestrado( ) Área:_____ 4.Doutorado( ) Área:_____
6. Turno de trabalho no CAPSIII:
7.Possui outro vinculo de trabalho: 1. Não ( ) 2.Sim ( ) Local:
8.Tempo de trabalho no CAPS (meses ou anos):

APÊNDICE B - Roteiro da Entrevista

Essa entrevista tem a finalidade de avaliar, junto ao enfermeiro(a) do local de estudo a aplicabilidade do instrumento de classificação de pacientes quanto ao nível de dependência de enfermagem psiquiátrica. Será guiado por cinco questões.

1) Como foi para você utilizar o instrumento?

2) Utilizar esse instrumento mudou sua rotina de trabalho? Se sim, em que?

3) Que tipo de contribuição a aplicação do instrumento pode trazer para sua prática?

4) Você recomendaria esse instrumento para outros serviços?

5) Como você vê esse instrumento no dimensionamento da equipe de enfermagem?

APÊNDICE C

Percepção sobre a aplicação do Instrumento

Esse questionário tem a finalidade de saber COMO FOI PARA VOCÊ, ENFERMEIRO(A), utilizar o Instrumento para Classificação do Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica – MARTINS, 2007– na avaliação dos pacientes do Centro de Atenção Psicossocial.

Ele consta de afirmativas em que você deverá assinalar **concordo totalmente, concordo, não tem opinião, discordo ou discordo totalmente**, com espaço para justificar sua resposta e fazer comentários sobre alterações/melhorias nas formas de avaliação da demanda de atenção dos usuários em relação à enfermagem neste serviço de saúde.

Suas respostas e observações sobre o uso do instrumento são muito importantes e poderão contribuir para a avaliação do perfil da clientela assistida e para a realização de dimensionamento de pessoal de enfermagem de forma mais equitativa, maximizando a qualidade da assistência.

Antecipadamente, agradeço por sua participação!

Parte 1. Assinale sua percepção em relação ao instrumento de forma GERAL:					
Afirmativas	Concordo totalmente	Concordo	Não tem opinião	Discordo	Discordo totalmente
1. Abrange as áreas de cuidados (indicadores) e/ou aspectos do cuidar mais expressivos em saúde mental.					
2. Contempla todas as necessidades dos pacientes em acolhimento de 24h.					
3. Contempla todas as necessidades dos pacientes da semi-internação.					
4. Contempla todas as necessidades dos pacientes ambulatoriais.					
5. Contempla todas as necessidades dos pacientes assistidos no domicilio.					
6. Contempla todas as necessidades dos pacientes em acolhimento por demanda espontânea.					
7. É de fácil entendimento.					
8. É muito extenso.					
9. É de fácil aplicação.					
10. Despende muito tempo para avaliação do paciente					
11. Fornece dados confiáveis.					
12. Proporciona avaliação adequada da categoria de cuidado que o paciente pertence.					
13. Apresenta tendência a subestimar a categoria de cuidados a que o paciente pertence.					
14. Apresenta tendência a superestimar a categoria de cuidados a que o paciente pertence.					
15. Os dados gerados são úteis para tomada de decisão gerencial em CAPS.					
16. É possível ser introduzido na prática diária do enfermeiro do CAPS .					
17. É possível ser introduzido na prática do enfermeiro do CAPS.					
Parte 2. Assinale sua percepção em relação a cada um dos itens (áreas de cuidados) do instrumento:					

Afirmativas	Concordo totalmente	Concordo	Não tem opinião	Discordo	Discordo totalmente
Item 1. CUIDADOS COM A APARÊNCIA E HIGIENE					
1. É de fácil entendimento.					
2. Abrange todos os aspectos do cuidar dos pacientes assistidos no CAPS					
Comentários:.....					
Afirmativas	Concordo totalmente	Concordo	Não tem opinião	Discordo	Discordo totalmente
Item 2. EXPRESSÃO DO PENSAMENTO					
1. É de fácil entendimento.					
2. Abrange todos os aspectos do cuidar dos pacientes assistidos no CAPS					
Comentários:.....					
Afirmativas	Concordo totalmente	Concordo	Não tem opinião	Discordo	Discordo totalmente
Item 3. HUMOR E AFETO					
1. É de fácil entendimento.					
2. Abrange todos os aspectos do cuidar dos pacientes assistidos no CAPS					
Comentários:.....					
Afirmativas	Concordo totalmente	Concordo	Não tem opinião	Discordo	Discordo totalmente
Item 4. ATIVIDADES					
1. É de fácil entendimento.					
2. Abrange todos os aspectos do cuidar dos pacientes assistidos no CAPS					
Comentários:.....					
Afirmativas	Concordo totalmente	Concordo	Não tem opinião	Discordo	Discordo totalmente
Item 5. INTERAÇÃO SOCIAL					
1. É de fácil entendimento.					

2. Abrange todos os aspectos do cuidar dos pacientes assistidos no CAPS					
Comentários:.....					
Afirmativas	Concordo totalmente	Concordo	Não tem opinião	Discordo	Discordo totalmente
Item 6. ALIMENTAÇÃO/ HIDRATAÇÃO					
1. É de fácil entendimento.					
2. Abrange todos os aspectos do cuidar dos pacientes assistidos no CAPS					
Comentários:.....					
Afirmativas	Concordo totalmente	Concordo	Não tem opinião	Discordo	Discordo totalmente
Item 7. SONO					
1. É de fácil entendimento.					
2. Abrange todos os aspectos do cuidar dos pacientes assistidos no CAPS					
Comentários:.....					
Afirmativas	Concordo totalmente	Concordo	Não tem opinião	Discordo	Discordo totalmente
Item 8. MEDICAÇÃO					
1. É de fácil entendimento.					
2. Abrange todos os aspectos do cuidar dos pacientes assistidos no CAPS					
Comentários:.....					
Afirmativas	Concordo totalmente	Concordo	Não tem opinião	Discordo	Discordo totalmente
Item 9. ELIMINAÇÕES					
1. É de fácil entendimento.					
2. Abrange todos os aspectos do cuidar dos pacientes assistidos no CAPS					
Comentários:.....					

....					
Afirmativas	Concordo totalmente	Concordo	Não tem opinião	Discordo	Discordo totalmente
Item 10. SINAIS VITAIS E OUTROS CONTROLES					
1. É de fácil entendimento.					
2. .Abrange todos os aspectos do cuidar dos pacientes assistidos no CAPS					
Comentários:.....					
Afirmativas	Concordo totalmente	Concordo	Não tem opinião	Discordo	Discordo totalmente
Item 11. QUEIXAS E PROBLEMAS SOMÁTICOS					
1. É de fácil entendimento.					
2. Abrange todos os aspectos do cuidar dos pacientes assistidos no CAPS					
Comentários:.....					

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação dos Enfermeiros.

Prezado(a) Enfermeiro(a),

Vimos convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada: **Classificação de pacientes quanto ao nível de dependência dos cuidados de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial,** que tem como objetivo analisar a aplicabilidade do instrumento recomendado pela Resolução Cofen 543/2017 para classificação de pacientes segundo a demanda de cuidados de enfermagem no contexto de enfermeiros que atuam em serviços comunitários de atenção à saúde mental, e a relação entre o perfil dos usuários em sua complexidade assistencial e as características sociodemográficas e clínicas dos mesmos nesses serviços.

Desta forma, solicito sua colaboração em quatro momentos. O primeiro é responder o questionário sociodemográfico, tempo previsto de cinco minutos. O segundo momento é para participar, de acordo com sua disponibilidade, de uma Ação Educativa sobre o *Instrumento para Classificação do Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica* que será oferecida pela pesquisadora, tempo previsto de 50 minutos. No terceiro momento você deverá utilizar o instrumento para avaliar pacientes do CAPS, sendo que cada avaliação tem o tempo previsto de cinco minutos. Para isso, você receberá uma lista de usuários do serviço, nos quais aplicará, individualmente esse instrumento, e, para este procedimento, será estipulado um prazo para entrega desse material. Você receberá da pesquisadora cópias do instrumento para proceder cada avaliação. Terminado o prazo, os instrumentos preenchidos serão recolhidos, e, neste momento, será feita uma entrevista, previamente agendada, para que você comente como foi utilizar o Instrumento Classificação do Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica

Sua identidade será mantida em sigilo e você não terá gastos financeiros e não receberá qualquer pagamento por sua participação. Nos comprometemos a prestar informações e esclarecimentos adicionais a respeito da pesquisa que por ventura possam ocorrer. Neste caso, é possível contatar a pesquisadora pelo telefone (17)996047662 e e-mail tassiagpedroso@usp.br, e com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (CEP – EERP) através do telefone (16) 3315 9197 ou no endereço Avenida Bandeirantes, 3900, de segunda à sexta das 10h-12h e das 14h-16h. O CEP-EERP tem a finalidade de garantir a manutenção dos direitos humanos, protegendo eticamente os participantes de pesquisas, pois avalia as pesquisas em todas as etapas dos estudos que envolvem seres humanos, desde a elaboração do projeto até o relatório final.

Você tem direito à indenização caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Os riscos e/ou desconforto de participação do estudo são mínimos relacionado com o tempo gasto para utilizar o instrumento ou pela extensão do mesmo. Sua participação poderá trazer benefícios para repensar a prática e trazer melhorias para o gerenciamento dos cuidados de pacientes com transtornos mentais em Centros de Atenção Psicossocial.

Se você aceitar participar dessa pesquisa o fará de forma voluntária e deverá assinar este termo de consentimento e ficará com uma via, também assinada pelo pesquisador. Você pode entrar em contato com o pesquisador caso queira deixar de participar da pesquisa, a qualquer momento, sem qualquer risco ou prejuízo. Ao finalizar o estudo, os resultados serão divulgados nos diversos meios de comunicação (como revistas científicas).

Ressaltamos que o desenvolvimento da presente pesquisa foi aprovado pelo CEP-EERP. Antecipadamente, agradecemos e colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

_____

Tássia Ghissoni Pedroso
Pesquisador Responsável

Eu, _____declaro que estou devidamente informado(a) e esclarecido (a) sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos e concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Local:_____/___/_____. _____

Assinatura do participante

APÊNDICE E – Plano de trabalho: Ação Educativa

Objetivo	Propiciar aproximação com conteúdo e forma de operacionalização do *Instrumento de Classificação de pacientes segundo o nível de dependência de Enfermagem na psiquiatria (ICP- Enfermagem Psiquiátrica)* , recomendado pela Resolução Cofen 543/2017.
Tempo de duração	2 horas
Descrição das atividades a serem desenvolvidas junto aos enfermeiros	
Atividade 1	Solicitar aos enfermeiros que respondam um questionário para verificar o conhecimento prévio sobre a utilização de Instrumentos de Classificação de Pacientes (ICP) segundo a demanda de cuidados na Enfermagem.
Atividade 2	Contextualizar como surgiram os ICP segundo a demanda de cuidados de enfermagem, destacar finalidades e vantagens da utilização.
Atividade 3	Apresentar o ICP – Enfermagem Psiquiátrica; Fazer uma leitura do instrumento junto aos enfermeiros.
Atividade 4	Apresentar e discutir uma situação simulada com três casos clínicos, dois baseados no contexto CAPS e elaborados previamente, o terceiro caso específico da unidade escolhido pelos enfermeiros; Apresentar como os estudos na literatura científica utilizaram o instrumento; Discutir sobre possíveis dúvidas na utilização do instrumento.
Atividade 5	Propor a utilização do instrumento local de prática; Combinar encontros semanais para entrega das cópias do instrumento. Deixar o contato da pesquisadora em caso de surgirem dúvidas.

ANEXOS

ANEXO A - Instrumento para Classificação do Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica

Nome do Paciente:_____ Ocupação:_____		
Idade:_____ Sexo:_____ Data da internação:__/__/__ Registro:_____		
1.Cuidados com a Aparência e Higiene		
1	Discreta	Necessita apenas de orientação e supervisão para realizar as atividades de rotina como: uso do chuveiro, guarda de roupas e pertences e higiene adequada. Faz uso adequado de vestimentas e ornamentos.
2	Intermediária	Necessita de orientação, estímulos verbais e auxílio para higiene adequada. Demonstra algum desinteresse por sua aparência.Abusa de ornamentos.
3	Plena	Negligente quanto à aparência, veste-se de forma inadequada e ou bizarra, necessita de ajuda para tomar banho, escovar os dentes e realizar higiene íntima.
2. Expressão do pensamento		
1	Discreta	Demonstra crítica e juízo preservados. Responde às solicitações. Mantém discurso em tom de voz normal e conteúdo adequado.
2	Intermediária	Mantém tom de voz elevado ou diminuído. Responde sucintamente às solicitações. Nota-se prejuízo da crítica e julgamento, mantém discurso acelerado, mudando várias vezes de assunto sem encerrar o anterior, fala aparentemente sozinho; mas, quando solicitado, consegue manter um discurso coerente.
3	Plena	Apresenta idéias delirantes, idéias que expressam alucinações, denotando com certa freqüência grande incômodo resultante de tais sintomas, expressa idéias de agitação, fuga ou suicídio, não responde às solicitações. Mantém-se em mutismo ou apesar das alterações, não é capaz de expressá-las.
3. Humor e Afeto		
1	Discreta	Mantém humor eutímico.
2	Intermediária	Demonstra certa indiferença, chora sem motivo aparente e com facilidade; não expressa seus sentimentos, faz demonstrações afetivas inadequadas, às vezes alegre, às vezes triste.
3	Plena	Incapacidade para manejar seus sentimentos excessivamente alegre ou triste, desinteressado de tudo, irrita-se com facilidade, muda bruscamente de estado de humor. Refere vontade de morrer.
4. Atividades		
1	Discreta	Aceita participar das atividades individuais e grupais, colaborador e afetivo; procura ocupações espontaneamente, termina o que inicia e executa-as adequadamente.
2	Intermediária	Participa de atividades, apenas quando é estimulado, mantendo - se isolado dos demais; não consegue permanecer integralmente nas atividades, não termina o que inicia, tem dificuldade de entrosamento durante as atividades.
3	Plena	Recusa participar de qualquer atividade, apesar de conhecê-las; fica parado (completamente inativo), não permanece nas atividades.
5.Interação Social		
1	Discreta	Colaborador, procura interagir espontaneamente.
2	Intermediária	Mantém-se isolado dos demais; indeciso, tenta seduzir e manipular os demais; anda sozinho de um lado para outro; tem dificuldade no entrosamento e no cotidiano do manejo das relações familiares e social; quando solicitado, interage ou apenas responde às solicitações.
3	Plena	Hostil e ameaçador; não tolera frustrações; muito dependente dos demais; fica parado (completamente inativo); não colabora; fuma em demasia; furta pertences dos demais; aborda familiares de outros pacientes durante a visita; negligencia suas responsabilidades.
6. Alimentação / Hidratação		

1	Discreta	Aceita adequadamente as refeições e hidratação; mantém hábitos adequados durante as refeições, considerando-se as diferenças culturais.
2	Intermediária	Ingere quantidade insuficiente de alimentos; exige dieta especial (terapêutica); quando estimulado e orientado alimenta-se; mantém alguns hábitos inadequados durante as refeições, considerando-se as diferenças culturais.
3	Plena	Não se alimenta sozinho; tem dificuldade para mastigar ou deglutir; recusa as refeições; ingere quantidade excessiva de alimentos; mantém-se inadequado durante as refeições; realiza ações purgativas, após as refeições.
7. Sono		
1	Discreta	Dorme regularmente à noite.
2	Intermediária	Dorme durante o dia; não dorme à noite, mas permanece em seu leito; só dorme após ser medicado (s/n).
3	Plena	Dorme e queixa-se de que não dormiu; não dorme dia e noite e torna-se inquieto e agitado; sonâmbulo; não dorme mesmo depois de medicado uma vez; dorme além do normal tanto de dia como à noite.
8. Medicação		
1	Discreta	Aceita sua medicação; quase sempre conhece os medicamentos que usa, bem como seus efeitos; é possível responsabilizá-lo pela própria medicação.
2	Intermediária	Aceita sua medicação após orientação e abordagem; apresenta sintomas de efeitos colaterais e indesejáveis da medicação; desconhece os medicamentos que usa, bem como seus efeitos; demonstra certa insatisfação ou medo dos medicamentos; eventualmente, procura por informações sobre a medicação.
3	Plena	Faz tentativas de esconder sua medicação; recusa os medicamentos; necessita de medicações injetáveis; solicita medicamentos a todo o momento.
9. Eliminações		
1	Discreta	As eliminações estão presentes; tem controle esfincteriano.
2	Intermediária	Suas eliminações não são diárias ou são excessivas; tem controle esfincteriano; apresenta obstipação ou eliminações intestinais líquidas; apresenta incontinência urinária decorrente do uso de medicações.
3	Plena	Não tem controle esfincteriano; faz uso inadequado do sanitário.
10. Sinais Vitais e outros controles		
1	Discreta	Necessita de verificação sistematizadamente.
2	Intermediária	Necessita de verificações de acordo com a evolução clínica, sintomatológica ou queixas.
3	Plena	Necessita de controle de sinais vitais, hídrico, de débito urinário, glicemia, ou outros, várias vezes ao dia; apresenta disfunções clínicas não psiquiátricas (HAS; Diabetes Mellitus; outras).
11. Queixas e Problemas Somáticos		
1	Discreta	Nega queixas somáticas.
2	Intermediária	Refere queixas relativas ao tratamento medicamentoso, de sinais e sintomas crônicos ou outras.
3	Plena	Refere queixas de sintomas agudos de disfunções fisiológicas ou clínicas; apresenta sinais e sintomas de patologias clínicas.

Total __Pontos	Classificação – Nível de Dependência	
Diagnóstico de Enfermagem		
Diagnóstico Clínicos		
Data__/__/__	Período	Enfº.

Classificação por nível de Dependência		
Pontuação	Descrição	
11 a 18	Grau de Dependência Discreta	
19 a 26	Grau de Dependência Intermediária	
27 a 33	Grau de Dependência Plena	

ANEXO B - OFÍCIO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 / 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 312/2018, de 12/12/2018

Prezado Senhor,

Comunicamos que as alterações no projeto de pesquisa abaixo especificado foram analisadas e consideradas **aprovadas "ad referendum"** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em 12 de dezembro de 2018.

Protocolo CAAE: 79283717.5.0000.5393

Projeto: Classificação de pacientes segundo a demanda de cuidados de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial

Pesquisadores: Tássia Ghissoni Pedroso
Luiz Jorge Pedrão (orientador)

Em atendimento às normativas éticas vigentes, em especial as Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, deverão ser encaminhados ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Luiz Jorge Pedrão
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP