

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LUCIANA DOS SANTOS LIMA

**IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

LUCIANA DOS SANTOS LIMA

**IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM
UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Dr^a Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa.

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL** de autoria do aluno **LUCIANA DOS SANTOS LIMA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área de Atenção Psicossocial.

Profa. Dra. Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da Costa

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha Orientadora pelo apoio e incentivo na realização deste trabalho.

A amiga, Paula, que mostrou-se sempre disposta a ajudar.

Ao meu esposo, Thales pelo apoio incondicional.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	07
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
3 MÉTODO.....	19
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	21
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS.....	25
APÊNDICES.....	28

RESUMO

O estudo teve como proposta elaborar protocolo sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas, do município de Taubaté. O referencial teórico utilizado foi a Reforma Psiquiátrica no Brasil, ações do enfermeiro no centro de Apoio Psicossocial e a Sistematização da Assistência a Enfermagem. A metodologia utilizada para construção do protocolo foi o modelo de consulta de enfermagem proposto por Wanda Horta. Espera-se que o modelo proposto para a sistematização da assistência de enfermagem seja adequado para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas, assim como promova o fortalecimento do papel do enfermeiro na equipe multiprofissional, e contribua para a melhora da qualidade de assistência dentro da instituição.

PALAVRAS CHAVE: Saúde Mental; Cuidados de Enfermagem; Protocolo.

1 INTRODUÇÃO

O final do século XVIII e o início do século XIX, foi marcado pela Revolução Francesa, época da ascensão da loucura a categoria de doença mental. Nesse período os loucos se disseminavam indiferentemente entre os hospitais gerais, as casas de detenção, as casas de caridade, os depósitos para mendigos e as prisões familiares (FOUCAULT, 1972a).

No Brasil, o doente mental faz sua aparição na cena das cidades, em plena vigência da sociedade pré capitalista, e diferentemente da Europa, aqui era permitido ao louco vagar pelas ruas. E quem eram os loucos? O louco era o indivíduo que não se adaptava aos padrões sociais vigentes. A função social da loucura era a exclusão do meio social dos indivíduos “improdutivos que infestavam as cidades” (FOUCAULT, 1972b).

A função social da loucura variava de acordo com as classes sociais; enquanto os menos favorecidos eram submetidos à exclusão pública (vagavam pelos campos e mercados da cidade), os loucos de boa família, ou seja, aquelas que tinham recursos suficientes eram enclausurados em domicílio, não deixando que a insanidade viesse a público (FOUCAULT, 1972b).

A psiquiatria surge então como um produto das reformas aplicadas nas instituições sociais da França e a loucura passa a categoria de doença mental, sendo que a classificação da doença mental decorre da questão prática da inclusão social ou não do indivíduo inadaptado (FOUCAULT, 1972 b).

Philippe Pinel considerou as doenças mentais como resultado de tensões sociais e psicológicas excessivas, de causa hereditária e possessão demoníaca, desprezando a credence entre o povo e os médicos. Aboliu tratamentos como sangria, purgações e vesicatórios, em favor de uma terapia que incluía contato próximo e amigável com o paciente, discussão de dificuldades pessoais e um programa de atividades dirigidas (FILHO, 2006).

A psiquiatria moderna tem seu principal representante Emil Kraepelin que classificou em duas formas distintas à psicose. As teorias de Kraepelin são à base dos maiores sistemas diagnósticos utilizados hoje, o DSM IV e o CID 10. (DEL-PORTO, 2005).

O movimento de reforma psiquiátrica no Brasil inicia-se na década de 1970 com denúncias de maus tratos e violência aos doentes, falta de recursos e más condições de trabalho e tem caráter democrático e social, pois busca os direitos do doente enquanto ser humano; defende sua cidadania e novas formas de tratamento (BRASIL, 2005).

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), realizado em Bauru/SP, em 1987, adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. (BRASIL, 2005).

A proposta de desinstitucionalização apresenta uma preocupação em reduzir o mínimo de pacientes internados e o tempo de internação dos mesmos, e faz também uma referência a participação da família e da comunidade no tratamento em saúde mental (BRASIL, 2005).

Nesse período, surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, no município de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus tratos e mortes de pacientes. Ainda neste período são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24hs, são criadas cooperativas, residências para egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2005).

É somente em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada no país. Assim a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2001).

A reorganização dos serviços e das ações de saúde mental fez surgir dois novos dispositivos de atenção representados pelos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e pelos Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS) através da Portaria 224/92 e tem contribuído significativamente para a melhoria da assistência aos indivíduos em sofrimento psíquico (BRASIL, 1992).

De acordo ainda com a Portaria 224/92, os NAPS e CAPS são definidos como unidades de saúde locais/regionais que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional. Devem oferecer atendimentos, individual; em grupos; nas visitas domiciliares; nos atendimentos a família e, em atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção social (BRASIL, 1992).

No entanto, ainda na década de 80, o CAPS e o NAPS assumiam conceitos diferenciados. Enquanto o NAPS era considerado um modelo integral e substitutivo ao hospital, o CAPS era considerado uma instância intermediária, supondo, portanto a existência do Hospital Psiquiátrico. (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

O NAPS foi planejado para ser um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico que deveria funcionar todos os dias durante as vinte e quatro horas. Tendo a responsabilidade de atendimento integral à demanda de Saúde Mental de uma região, principalmente aos casos graves. E tinha como um dos seus objetivos a ampliação da autonomia do usuário deste serviço, utilizando para isso uma multiplicidade de ações (LUZIO; YASUI, 2010)

A partir dos primeiros anos da primeira década do ano 2000, o Ministério da Saúde elege o significativo CAPS como designação oficial das experiências substitutivas ao modelo hospitalocêntrico, outorgando-lhe, em alguns casos (CAPS III), o estatuto de instância-eixo da Atenção no Território; assimilando, dessa forma, um dos princípios importantes que norteavam os NAPS (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007, p.69).

O município em que atuo como Enfermeira na Saúde Mental, há aproximadamente dois anos, é Taubaté e fica situado no Vale do Paraíba, com área de 624,885 km² e população estimada de 296.431 habitantes. Distrito criado com a denominação de São Francisco das Chagas Taubaté no ano de 1645 e elevado à condição de cidade com denominação de Taubaté, pela lei Provincial nº 05-02-1842 (IBGE, 2013).

O município de Taubaté conta em sua rede de Saúde Mental com os Caps II, Caps i e o Caps ad, sendo que, o Caps II presta atendimento diário aos adultos com transtornos mentais severos e persistentes, o Caps i presta atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais e, o Caps ad, atendimento a usuários de álcool e drogas.

Atuo como Enfermeira do CAPS ad, com à equipe interdisciplinar na elaboração dos Projetos Terapêuticos Singulares (PST), grupos e oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, assistência aos pacientes que chegam ao serviço com quadros de intoxicação aguda, e síndrome de abstinência. Dentre as minhas inúmeras atividades no serviço, umas das que qualifico como prioritárias é a Consulta de Enfermagem (CE).

A Enfermagem tem como uma de suas preocupações a melhoria da assistência. E através de conhecimentos próprios que busca sistematizar e organizar a prática e o processo de cuidar.

Nesse contexto, a CE destaca-se como estratégia tecnológica de cuidado importante e resolutiva que oferece inúmeras vantagens na assistência prestada, facilitando a promoção da saúde, o diagnóstico e o tratamento precoce, além da prevenção de situações evitáveis (OLIVEIRA et al; 2012)

A Resolução do COFEN nº 272/2002 dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE, como sendo uma atividade privativa do enfermeiro, e uma estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações de assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade e que deve ocorrer em toda instituição de saúde, pública e privada (COFEN, 2002). Já, a Resolução do COFEN 358/2009, dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências (COFEN, 2009).

A SAE quando realizada em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, é desenvolvida por meio do Processo de Enfermagem. Segundo o artigo 2º, o Processo de Enfermagem organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, são elas a coleta de dados de enfermagem; o diagnóstico de enfermagem; o planejamento de enfermagem; a implementação e a avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

No entanto, na instituição em que trabalho, a CE não ocorre de forma sistematizada de acordo com a Resolução 358/2009. Atualmente, as etapas que são realizadas do Processo de Enfermagem são: a coleta de dados, a implementação e a avaliação de enfermagem. As intervenções de enfermagem consistem que em sua maioria em orientações e encaminhamentos. Tendo em vista então a importância da SAE como instrumento privilegiado para a melhoria da qualidade do cuidado me pergunto: Como implementar a SAE no Caps ad de Taubaté, sabendo que este processo contribuirá para a melhoria do atendimento de Enfermagem?

OBJETIVO GERAL: Elaborar protocolo para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no CAPS ad, do município de Taubaté.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Reforma Psiquiátrica no Brasil

Desde os primórdios da história, a loucura é interpretada e cuidada de acordo com o modo de vida da época. A cultura e as suas normas sociais influenciam desde a antiguidade no modo como a loucura é vista e tratada na sociedade atual e nas formas que é estudada e cuidada pelos profissionais de saúde. (ZEFERINO et al., 2013, p.10)

Segundo Rocha (2010) na antiguidade os distúrbios psíquicos eram atribuídos a forças exteriores ao homem: maus espíritos, deuses e demônios. Como intervenção a estes distúrbios eram atribuídos apredajamento, e açoitamento com a finalidade de livrar a pessoa das possessões. De acordo ainda com os autores no Séc V. a.C, Hipócrates, pai da medicina moderna, rejeitou as explicações que apontavam os deuses como os causadores das perturbações mentais, elaborando teorias racionais sobre o processo de saúde e doença.

Na idade Média os comportamentos desviantes voltaram a serem vistos como possessões por demônios, e somente a partir do século XVI que a sociedade passou a considerar os indivíduos com comportamentos diferenciados das normas sociais e culturais como doentes (ZEFERINO et al., 2013, p.11)

No século XVII, na Europa, foram criadas casas de internação com a finalidade de nelas confinar o “desatino”, ou seja, os vários tipos de “desviantes”: loucos, mendigos, libertinos, doentes pobres, moribundos, religiosos infratores. Eram instituições leigas ou religiosas que ofereciam abrigo a esses incapazes, visando apenas à segregação; assim o médico não era figura necessária (ROCHA, 2010, p.8)

No século VII foi fundado em 1656, na França, local que tinha como finalidade abrigar aqueles que eram considerados “indesejáveis” para sociedade da época; pobres, desempregados, loucos, libertinos. O hospital assumia um papel de controlador social. No século seguinte ocorreu a Revolução Francesa, 1789 e esta veio contribuir significativamente com os direitos humanos e

sociais, a partir daí o louco ganha um novo espaço, estes são então separados dos seus companheiros da Grande Internação, pobres, desempregados, libertinos. E a questão da loucura passa ter uma nova fase, quando então se torna objeto do saber da medicina. (ZEFERINO et al., 2013, p.13-14)

Zeferino et al, (2013) expõe que, sob olhar de Phillippe Pinel, percussor da psiquiatria moderna, a loucura passa ser explicada através de bases científicas. Ele criou o conceito de alienação mental e definiu seu tratamento, denominado tratamento moral. O mesmo era baseado na hierarquia, ordem, vigilância e dominação. O hospital passa então a ser o local apropriado para este tipo de intervenção. Tal modelo de tratamento perdurou dentro dos hospitais psiquiátricos por quase dois séculos quando então passou a ser questionado, principalmente devido às condições desumanas as quais os alienados mentais estavam submetidos, dentre elas, superlotação, maus tratos, e altos índices de cronificação.

Tais questionamentos e posteriores movimentos da Reforma Psiquiátrica se iniciaram na Europa e influenciaram outros países, dentre eles o Brasil. Para Bueno e Caponi (2009) as reformas psiquiátricas na Europa buscavam superar gradualmente a internação nos manicômios e criar novos serviços substitutivos na comunidade. Kirschbaum e Paula (2001) afirmam que a reforma psiquiátrica no Brasil, surgiu da necessidade de reorganizar os serviços e criar novas modalidades de atendimentos terapêuticos.

Um dos primeiros locais no Brasil a iniciar um processo de substituição dos manicômios por uma rede de serviços territoriais foi o município de Santos, no final da década de 80 (KODA; FERNANDES, 2007).

A cidade de Santos a partir de 1989 apresentava uma desorganização de sua região urbana em consequência da falta de projetos destinados as regiões marginalizadas e à população menos favorecida. Diante desta realidade a administração municipal propôs implantar uma política que reformularia radicalmente tal realidade. A gestão municipal integrou-se ao SUS, ficando a Secretaria de Higiene e Saúde de Santos como a responsável por sua implantação, e a partir de então os serviços de saúde que até então eram considerados ineficazes passam por grandes transformações, sendo que na área da saúde mental essas mudanças ocorreram de forma ainda mais radical (LUZIO; L'ABBATE, 2006).

O início da transformação ocorreu quando após várias denúncias sobre maus tratos aos pacientes e mortes, o poder público interveio no hospital psiquiátrico local, a Santa Casa de Anchieta (KODA; FERNANDES, 2007).

Após o decreto da prefeita Telma de Souza para que se fizesse vistoria na Santa Casa de Anchieta, coordenada pela prefeitura de Santos juntamente com outros órgãos da sociedade civil, foi possível estabelecer ações iniciais que buscavam condições mínimas de convivência dentro das dependências do hospital. Dentre elas, a suspensão de todo e qualquer ato de violência; a abertura dos espaços físicos internos do hospital; intervenções que visavam à reconstrução da identidade do paciente, assim como ações de resgate das condições que propiciavam o bom estado de saúde, tais como higiene e alimentação; e a revisão de diagnósticos e medicações. (LUZIO; L'ABBATE, 2006)

Surge um novo modelo de atenção em saúde mental, inspirado na psiquiatria democrática italiana. No período de 1989 à 1996 foram criados vários dispositivos que integravam a rede de saúde mental. Os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), sendo 5 no total, constituíam-se em serviços que funcionavam 24 horas por dia durante 7 dias na semana, ininterruptamente, e eram responsáveis por atender toda clientela de saúde mental, principalmente os casos mais graves. Destinavam-se aos atendimentos: ambulatorial; domiciliar e grupal, assim como atendimento das situações de crise, faziam ainda, intervenções comunitárias e ações de reabilitação social. A Unidade de Reabilitação Psicossocial encarregava-se de coordenar e acompanhar os projetos de trabalhos dos usuários, objetivando a participação social e a autonomia dos mesmos. O Centro de Convivência Tam-Tam que promovia ações culturais e artísticas. O Lar Abrigado que acolhia os usuários graves, ex-moradores sem vínculos familiares da Santa Casa de Anchieta. O Núcleo de Atenção aos Toxicodependentes responsável pelo atendimento de usuários dependentes de drogas. E o Serviços de Urgência nos Prontos Socorros Municipais responsáveis por dar retaguarda aos demais serviços (LUZIO; L'ABBATE, 2006).

Em junho de 1994, ocorreu o fechamento definitivo da Santa Casa de Anchieta. Tal período é caracterizado por uma grande mobilização política por parte dos trabalhadores de Saúde Mental do Município. A questão das pessoas portadoras de transtorno mental ganha espaço, ampliando as discussões para além do campo teórico-técnico. (KODA; FERNANDES, 2007, P. 1456.)

Como uma das principais ferramentas do processo de reforma psiquiátrica tem-se o aumento da rede dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Pois os CAPS dentre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, já que será através da sua consolidação e estruturação como serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico que se permitirá a organização da rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios, dada a função articuladora desses Centros frente aos níveis de atenção em saúde bem como seu papel acolhedor, constituindo-se em uma nova clínica, produtora de autonomia. (FARIA; SCHNEIDER, 2009)

O ano de 2001 tornou-se um marco para área da Saúde Mental, devido aos eventos ocorridos neste período, como a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216/01), a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental e a publicação do Relatório Final do Seminário Nacional sobre o Atendimento aos Usuários de álcool e outras drogas na rede do SUS, foi a partir de então que as questões relativas ao álcool e outras drogas foi aos poucos sendo incorporadas às ações da área técnica por meio das recomendações da própria lei. Em 2002, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas no SUS, o programa tinha dentre seus objetivos, organizar e implantar a rede de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas, estabelecendo metas e prazos de implantação dos Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de álcool e outras drogas (CAPS ad) em vários municípios do país. (CARDOSO et al, 2013)

Os CAPS ad são os dispositivos estratégicos da rede de atenção psicossocial e devem fazer uso dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (FARIA; SCHNEIDER, 2009).

O CAPS ad de Taubaté foi implantado no município no ano de 2006 e desde então tem se destinado a prestar assistência a uma clientela específica da população taubatiana. Tal assistência baseia-se nos ideais da reforma psiquiátrica, ou seja na valorização da autonomia do cliente, e sua inserção no meio social, fortalecimento da equipe multidisciplinar.

2.2 Ações do Enfermeiro no CAPS

Os CAPS's oferecem diversos tipos de atividades terapêuticas com a finalidade de favorecer a troca de experiências entre os usuários e a comunidade. Dentre as propostas de atividades sugeridas incluem-se as psicoterapias de grupo e individuais; as oficinas terapêuticas; atividades comunitárias e artísticas; orientação e acompanhamento do uso de medicação; atendimento aos familiares e visitas domiciliares (SOARES et al, 2011).

No Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas de Taubaté o enfermeiro participa de quase todas as atividades desenvolvidas dentro serviço, dentre elas, as visitas domiciliares, participação junto à equipe multiprofissional nos grupos terapêuticos e oficinas terapêuticas; e na elaboração dos projetos terapêuticos, participação de eventos comemorativos, como por exemplo, Dia da Luta Antimanicomial, orientação e acompanhamento do uso de medicação; realiza acolhimentos familiares e triagem; assembleias; reuniões com a rede básica de saúde; supervisão da assistência de enfermagem; educação continuada com técnicos de enfermagem, presta assistência a pacientes em situações de crises, como em casos de intoxicação aguda por álcool e outras drogas, ou daqueles que apresentam quadro sintomático de síndrome de abstinência, e a consulta de enfermagem, atividade esta que melhor caracteriza o papel do enfermeiro dentro da instituição.

Acredita-se ser importante oferecer dentro de serviços uma variada oferta de atividades, a flexibilização no fazer enfermagem, assim como a construção do papel da enfermagem no CAPS deve ser vista na perspectiva de um profissional integrado com os demais membros da equipe, e responsável pelo ser humano nas suas individualidades e necessidades. (SOARES et al, 2011).

A experiência com a atenção a usuários de álcool e drogas propõe inúmeros desafios ao enfermeiro, dentre eles, trabalhar numa perspectiva centrada na promoção a saúde; enfrentar as próprias limitações para lidar com usuário de álcool e drogas (preconceitos, insegurança); programar atividades com bases políticas ministeriais; criar protocolos de atendimento que permitam o monitoramento e avaliação de ações de enfermagem desenvolvidas junto ao usuário de álcool e drogas; e trabalhar em equipe e em rede, de forma a assegurar a integralidade da assistência.(GONÇALVES; TAVARES, 2007).

A prática profissional dentro do serviço mostra-se bastante desafiadora seja pela inúmeras atividades desempenhadas pelo enfermeiro dentro do serviço, seja pelos obstáculos que ele

encontra na sua rotina, barreiras individuais, sociais ou culturais. No entanto, tentar superar tais obstáculos torna-se imprescindível quando se quer prestar uma assistência de qualidade. Elaborar um protocolo de sistematização da assistência de enfermagem é uma tentativa de transpor estes desafios na busca não só da qualidade de assistência, mas também da valorização do papel do enfermeiro dentro da Instituição.

2.3 Sistematização da Assistência de Enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS ad:

Castilho et al (2009) descrevem o Processo de Enfermagem como a dinâmica das ações sistematizadas e interrelacionadas que viabiliza a organização da assistência de enfermagem, e identifica o enfermeiro, já que é uma atividade regulamentada pela Lei do exercício profissional da Enfermagem. Os mesmos ainda afirmam que o Processo de Enfermagem pode ter outras denominações, entre elas, Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

Vários autores decorrem sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e apontam como ferramenta privilegiada dentro da nossa área de trabalho.

Medeiros et al (2013) caracteriza a SAE como instrumento que impulsiona o enfermeiro a refletir sobre a melhor forma de exercer sua prática, assim como promove um cuidado mais humanizado. Truppel et al (2009) define tal instrumento como norteador do processo decisório do enfermeiro, capaz de oportunizar avanços na qualidade da assistência prestada pelo mesmo.

Para Nascimento et al (2008) a sistematização da assistência de enfermagem oferece subsídios para o desenvolvimento de métodos interdisciplinares e humanizados do cuidado.

A SAE representa a construção de um novo espaço cultural, orientado sob um sistema de valores que busca constantemente a superação da descrença, do conformismo, da burocratização e da fragmentação, a fim de estimular a criatividade e a subjetividade, tendo em vista a mudança do papel do enfermeiro (BACKES et al, 2005, p. 26 apud ARAUJO et al, 1996).

Para prestar assistência de enfermagem com qualidade e humanismo, o enfermeiro necessita inserir-se na realidade concreta de forma consciente, competente, técnica e científica. Dessa forma, a implantação da SAE, constitui-se um instrumento de fundamental importância. Apesar de, a maior parte dos enfermeiros ter a percepção da necessidade de uma SAE, na

realidade, o processo de implantação, assim como a escolha de um referencial teórico e uma metodologia adequada, ainda se constitui um grande desafio (BACKERS et al, 2005).

Sperandio e Evora (2004) implementaram a SAE em uma unidade de terapia semi-intensiva e optaram por trabalhar com o Processo de Enfermagem, segundo Wanda Horta. Elaboraram instrumentos para o levantamento de dados e a prescrição de enfermagem, partindo do princípio em que o conhecimento clínico deve fundamentar o enfermeiro na tomada de decisão. Na construção dos instrumentos as autoras buscaram suporte teórico em literaturas específicas. Ao final do trabalho as mesmas concluíram que o modelo de sistematização por elas empregado é de fácil utilização, proporcionou clareza para realização da coleta de dados, o que otimizou o tempo empregado em tal atividade.

Lopes (2000) decorre sobre os benefícios da introdução dos diagnósticos de enfermagem dentro do processo de enfermagem e detalha uma experiência em um Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM), da cidade de Campinas, SP. A instituição tomou como meta a implantação da SAE em todos os seus setores, e usou como estratégias a capacitação dos profissionais e modelos de impressos para coleta e registro dos dados. A experiência mostrou que há necessidade de contínuo acompanhamento e utilização de diferentes estratégias para que seja efetiva e eficiente a implantação do Processo de Enfermagem.

Sumita et al (2005) descreveram a construção de um instrumento de coleta de dados, que tinha como objetivo prestar melhor assistência a parturiente. Para a elaboração do instrumento de coleta de dados utilizou-se a Taxonomia II da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem - NANDA, como estrutura de organização para a coleta de dados e linguagem padronizada de registro clínico. Para facilitar a aplicação do instrumento de coleta de dados na prática assistencial decidiram elaborar perguntas abertas e fechadas, dando preferência às fechadas, do tipo "check-list", que serviam como guia para que os dados considerados essenciais não fossem omitidos e erros de registro não fossem cometidos. O instrumento facilitou o raciocínio do processo diagnóstico, permitindo sua identificação com maior facilidade, segurança e menor tempo.

Diante do exposto é possível entender que existem várias formas de implementar o processo de enfermagem, e várias estratégias devem ser adotadas para que o processo melhor se ajuste a cada realidade. A CE tem sido uma forma de sistematização bastante usada nos serviços de saúde mental. Centena (2010) afirma que a consulta de enfermagem tem sido desenvolvida

como instrumento de produção do cuidado em vários contextos institucionais, sendo uma atividade garantida ao profissional enfermeiro e legalmente respaldada.

Cardoso (2013) atribui a CE o momento em que o enfermeiro pode exercer uma perspectiva de clínica ampliada e consolidar sua assistência segundo os princípios do SUS.

Os enfermeiros, que são a linha de frente dos cuidados do sistema de saúde, têm grande influência sobre as experiências e resultados da evolução dos clientes. A atenção à saúde mental no Brasil é parte integrante do SUS, rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída por Lei Federal na década de 90. O SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual (BRASIL, 2005). Compartilhando destes princípios, a rede de atenção à saúde mental, composta por CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2005; CENTENA, 2010, p.12-13).

Portanto, o presente estudo se propõe a elaborar protocolo para a SAE, na Consulta de Enfermagem, com base na Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (PROCESSO DE ENFERMAGEM, 1979).

3 MÉTODO

O Centro de Atenção Psicossocial CAPS ad (álcool e outras drogas) de Taubaté, localiza-se na região Central do município, e sua estrutura física no momento é composta por uma recepção, uma sala de triagem, uma oficina terapêutica, uma sala administrativa, uma cozinha, um refeitório, seis banheiros, sendo dois adaptados para deficientes físicos, uma sala para atendimento em grupo, e duas salas para atendimentos individuais, no entanto em uma das salas serve tanto para atendimentos individuais, como para prestar assistência a pacientes que necessitem de alguma intervenção clínica ou psiquiátrica, pois nesta sala ficam dois leitos destinados a comportar pacientes que chegam ao serviço necessitando de assistência para os quadros de intoxicação aguda pelo uso de substâncias psicoativas, ou quadros leves a moderados da síndrome de Abstinência Alcoólica, pacientes com queixas algicas, dentre outras situações.

Possui também, um posto de enfermagem que foi adaptado em uma sala pequena onde existe um armário com as medicações e os equipamentos de enfermagem, uma prateleira móvel em que são preparadas as medicações, uma maca onde pacientes se deitam para realização do exame físico, uma pia, uma mesa e três cadeiras, neste local é onde acontecem as consultas de enfermagem.

O protocolo para a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) se destina aos enfermeiros da Unidade, que tem como uma das suas atividades diárias a consulta de enfermagem que ainda, não é realizada, de forma padronizada no serviço.

A elaboração do protocolo seguiu as seguintes etapas: primeiramente foi feita uma busca nos relatos de experiências sobre a implantação da sistematização da assistência de enfermagem em outros serviços; após esta busca foi possível constatar que muitos dos protocolos elaborados estavam embasados nos preceitos de Wanda Horta, registrados em seu Livro, Processo de Enfermagem, de 1979. Então passou-se para uma segunda etapa do estudo, que procurou-se aprofundar os conceitos de Processo de Enfermagem proposto pela autora, e numa terceira e última etapa utilizou-se o modelo de consulta de enfermagem por ela elaborado para a construção de um modelo de consulta que se adeque a realidade do Caps ad de Taubaté.

No início deste estudo, o serviço contava com apenas uma enfermeira, número insuficiente para atender a demanda. No entanto, existe uma proposta do município para ampliação do serviço CAPS ad III, até o final do primeiro semestre. Alguns profissionais

enfermeiros e técnicos de enfermagem já estão sendo incorporados no serviço. Considero o momento atual como ideal para discussão de novas estratégias de assistência, já que a equipe está passando por um momento de integração e capacitação dentro do serviço.

O presente estudo por se tratar do desenvolvimento de uma tecnologia para uma prática assistencial, onde não foram utilizadas descrições sobre as situações assistenciais e não se qualificar como uma pesquisa de campo, não necessitou ser submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

4 RESULTADO E ANÁLISE

Um dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica é a desconstrução do modelo assistencial centrado na figura do médico, neste sentido o trabalho da equipe multiprofissional ganha espaço, sendo indispensável para edificação de novos modelos assistenciais.

Zeferino et al (2013) referem que o processo de desinstitucionalização implica em profunda transformação das relações sociais e das relações entre profissionais. Brito et al (2008) apontam a importância do trabalho interdisciplinar afim de que se possa contemplar a diversidade e a complexidade que envolve o cuidado em saúde mental.

O enfermeiro faz parte da equipe interdisciplinar desde a implantação dos primeiros serviços de atenção psicossocial do país, contribuindo forma ativa para a mudança de paradigma no contexto da Saúde Mental.

A Reforma Psiquiátrica brasileira vem com propósito de despertar nos profissionais da área da saúde, em especial o enfermeiro, a criação de mudanças no atendimento básico de saúde, no âmbito conceitual, assistencial, político e cultural (LACCHINI, 2011).

Na busca por este espaço e no fortalecimento da equipe multidisciplinar cabe aos profissionais a constante busca de renovação, da reflexão do que tem sido feito, no sentido de si perguntar se a maneira como se vem intervindo na realidade, é a prática mais adequada para aquele contexto, ou se não existem outras possibilidades. Nessa busca de renovação o enfermeiro, como integrante da equipe multidisciplinar também deve reavaliar as suas práticas, se estão de acordo com a realidade, se estão atingindo os objetivos a que se propõem. Horta (1979) em seu livro, *Processo de Enfermagem*, afirma que na enfermagem existem três seres que se distinguem entre si: o ser-enfermeiro, o ser-paciente e o ser- enfermagem. Ela acredita que o ser-enfermagem é transcender, é ir além da obrigação é estar engajado e comprometido com a profissão.

Tal conceito vem ao encontro com os pressupostos do modelo antimanicomial. Portanto no que se refere à saúde mental, é fundamental para nós enfermeiros a possibilidade de exercermos na nossa prática profissional o “ser-enfermagem”, ou seja, estarmos comprometidos com nosso trabalho e profissão e oferecendo assistência de qualidade as pessoas que estão sob os nossos cuidados. Vários autores concordam que uma maneira de melhorar esta assistência é sistematizá-la.

Nascimento et al (2008) avaliam que enfermeiros comprometidos em melhorar cada vez mais o cuidado prestado ao paciente, têm desenvolvido a SAE. Castilho et al (2009) afirmam que

o Conselho Federal de Enfermagem avalia que a implantação da SAE constitui uma melhora na qualidade de assistência de enfermagem.

No Brasil, a sistematização de enfermagem começou com os estudos de Wanda Horta, o modelo por ela proposto é predominantemente utilizado pelas enfermeiras no ensino e na prática de Enfermagem brasileira. Ao buscar modelos de assistência de enfermagem que melhor adéquam à necessidade de determinada clientela, é preciso que ele esteja de acordo com a filosofia do serviço, bem como as crenças e valores das enfermeiras a respeito dos conceitos e metodologia que serão utilizados para implementá-lo (NEVES, 2006).

Ao se pensar em um modelo de sistematização que melhor se adeque aos usuários de álcool e outras drogas, o modelo de consulta de enfermagem proposto por Horta mostra-se bastante pertinente, pois um dos eixos do trabalho com a dependência química é a atuação sobre a motivação do indivíduo para a mudança. Neves (2006) afirma que o modelo Conceitual elaborado por Horta se fundamenta na Teoria da Motivação Humana de Maslow, tem como base o conceito de hierarquia das necessidades que influenciam o comportamento humano. Esta teoria propõem que algumas necessidades humanas são mais básicas do que outras, portanto devem ser atendidas antes que outras. Aspectos necessários para sobrevivência e saúde, como alimento, água são prioritários a outras necessidades. Em um segundo nível inclui as necessidades de segurança e proteção, compreendendo a segurança física e psicológica. O terceiro nível contém as necessidades de amor e gregarismo, incluindo a amizade, as relações sociais e o amor sexual. O quarto nível engloba as necessidades de autoestima, que envolvem a autoconfiança, a utilidade, a propósito e autovalorização e finaliza-se com o quinto nível que envolve a necessidade de autorealização, o estado de alcance pleno do potencial e da habilidade para resolver problemas e lidar realisticamente com as situações da vida.

Figlie et al (2004) nomeiam os estágios motivacionais para mudança de um comportamento da seguinte forma: pré-contemplação, estágio em que a pessoa só percebe o lado positivo de alguma coisa; contemplação, estágio em que a pessoa fica ambivalente; preparação, estágio em que a pessoa começa a se preparar psicologicamente para a mudança; ação, quando a pessoa coloca em prática a mudança; manutenção: período em que a mudança é considerada mais consistente, geralmente ocorre a partir dos seis meses de mudança; e a recaída, pessoa em período de ação ou manutenção retorna ao comportamento anterior. Fazendo uma associação entre os dois conceitos, ao chegar um paciente para consulta de enfermagem que devido conflitos

familiares está há dois dias na rua, fazendo uso de em média duas pedras de crack por dia, elaborar um plano assistência que enfoque a abstinência em um primeiro momento seria no mínimo inadequado, pois segundo a teoria das necessidades humanas básicas há de se garantir que suas necessidades mais básicas sejam atendidas primeiro, para só depois poder intervir junto ao mesmo na sua motivação para mudança, ou seja na interrupção do uso das drogas.

Diante disto o modelo de consulta de enfermagem elaborado com base nos conceitos da Teoria das necessidades humanas básicas proposto por Wanda Horta (APÊNDICE 1), mostra-se adequado para atender a clientela usuária de álcool e outras drogas, tendo em vista que segue os princípios referenciais da Reforma Psiquiátrica, que preconiza que o trabalho em dependência química seja realizado sob a lógica da redução de Danos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) configura-se como um instrumento privilegiado para área da enfermagem, sendo atividade privativa do enfermeiro. É identificada como atividade que qualifica e humaniza a assistência de enfermagem, assim como valoriza o papel do enfermeiro e a sua atuação profissional, uma vez que impulsiona os profissionais a reflexão sobre a realidade onde atuam. A mais de 30 anos são publicados estudos que evidenciam a preocupação do enfermeiro com a organização e padronização do assistência de enfermagem, assim como evidenciam os benefícios de sua prática.

No entanto, a busca por modelos de sistematização que se adequem aos contextos sociais e culturais da população a quem estes cuidados se destinam ainda consiste em um grande desafio para os enfermeiros. Uma das estratégias para transpor os obstáculos da prática profissional é seguir o conceito de ser-enfermagem descrito por Wanda Horta, ou seja, estar engajado e comprometido com a profissão, ir além das ações rotineiras, criar-se e reinventar-se constantemente e permitir que isso transpasse para a prática assistencial.

REFERÊNCIAS

- BACKES, D.S.; ESPERANÇA, M.P.; AMARO, A.M.; CAMPOS, I.E.F.; CUNHA, A.O.; SCHWARTZ, E. Sistematização da Assistência de Enfermagem: percepção dos enfermeiros em um hospital filantrópico. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Vol 27, nº 1, p.25-29, 2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307223942004>. Acessado em 17/03/2014
- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 224/1992. Disponível em: www.prefeitura.sp.gov.br. Acessado em 14/03/2014
- BRASIL, Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Brasília, DF, 2005. Disponível em: www.bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas_pdf. Acessado em: 14/03/2014
- BRASIL, Ministério da Saúde. Lei 10.126 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001. Disponível em: www.planalto.gov.br. Acessado em 14/03/2014
- BRITO, M.J.M.; VIANNA, P. C. M.; SANTOS, F. X.; SILVA, T. C.; COSTA, A. S. S. M. A Reforma Psiquiátrica e a assistência prestada por profissionais de uma serviço substitutivo de Saúde Mental. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2008. Disponível em: www.reme.org.br/artigo/detalhes/293. Acessado em 22/03/2014.
- BUENO, M.L.S.; CAPONI, S. A Construção do discurso do sujeito envolvidos com o processo de reforma psiquiátrica: um estudo sobre o município de Joinville/SC. **Interface- Comunic., Saúde, Educ.** vol. 13, nº 28, p. 137-50, jan/mar. 2009.
- CASTILHO, N.C.; RIBEIRO, P.C.; CHIRELLI, M.Q. A implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem no Serviço de Saúde Hospitalar do Brasil. **Texto Contexto Enferm.** vol.18, nº 2, p.280-289, Florianópolis, 2009.
- CARDOSO, L.; SCHERER, Z.A.P.; ZEFERINO, M.T.; SANTOS, S.M.A.; SPRICIGO, J. S.; PILLON, S.C.; RODRIGUES, J.; MANTIN, I. S. Clínica da atenção Psicossocial. In_ Mód. VIII Curso de Especialização de Linhas de Cuidado em Enfermagem. Florianópolis, p. 9-77, 2013.
- CENTENA, R.C. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem em Saúde Mental na Consulta Ambulatorial. Porto Alegre. Universidade do Rio Grande do Sul, 2010, p. 7 -30.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem -SAE- nas instituições brasileiras. Rio de Janeiro, RJ, 2002. Disponível em www.portalcofen.gov.br. Acessado em 10/03/2014
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos e privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências. Brasília, DF, 2009. Disponível em www.portalcofen.gov.br. Acessado em 10/03/2014

DEL-PORTO, J.A.; DEL-PORTO, K.O. História da caracterização nosológica do Transtorno Bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Vol 32, São Paulo, 2005. Disponível em: www.scielo.br. Acessado em: 10/03/2014.

DEVERA, D.; COSTA-ROSA, A. Marcos Históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. *Rev. de Psicol. Da Unesp*. vol. 6, nº1, p. 60-79, 2007. FILHO, M.A.P.M. Evolução histórica da inimputabilidade Penal: uma abordagem cronológica da loucura da humanidade e seus reflexos na legislação criminal brasileira até o Código de Piragibe. *Portal Carreira Jurídica*. 2006. Disponível em: jus.com.br/artigos/8234/evolucao-historica-da-inimputabilidade-penal. Acessado em: 10/03/2014.

FARIA, J. G.; SCHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do Caps ad- Blumenau e as políticas públicas em Saúde Mental.

FOUCAULT, M. *Historia da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Ed. Perspectiva S.A. 1972a

FIGLIE, N. B.; MELO, D. G.; PAYÁ, R. *Dinâmicas de Grupo: aplicadas no tratamento da Dependência Química. Manual Teórico e Prático*. São Paulo: Ed. Roca Ltda. 2004.

FOUCAULT, M. *Doença Mental e Psicologia*. Rio de Janeiro: Ed. Texto e Grafia. 1972b.

GONÇALVES, S. S. P. M.; TAVARES, C.M. M. Atuação do Enfermeiro na Atenção ao usuário de Álcool e outras Drogas nos serviços extra-hospitalares. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*. vol. 1, nº 4, p. 586-592, dez, 2007.

HORTA, W.A. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: Ed. EPU, 1979.

IBGE. São Paulo. Taubaté. Estimativa da população 2013. Disponível em: www.cidades.ibge.gov.br Acessado em 10/03/2014.

KIRSCHBAUM, D.I.R.; PAULA, F.K.C. O trabalho do Enfermeiro nos equipamentos de Saúde Mental da Rede Pública de Campinas-SP. **Rev. Latino-am Enfermagem**. vol. 9, nº 5, p. 77-82, Set/out. 2001.

KODA, M.Y; FERNANDES, M.I.A. A Reforma Psiquiátrica e a Constituição de práticas substitutivas em Saúde Mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de Atenção Psicossocial. **Cad. Saúde Pública**. vol. 23, nº 6, p. 1455-1461, jun, Rio de Janeiro, 2007.

LACCHINI, A.J.B.; RIBEIRO, D. B.; SOCCO, K. L. S.; TERRA, M, G.; SILVA, R. M. A enfermagem e a saúde mental após a reforma psiquiátrica. *Revista Contexto Saúde*. Vol. 11, nº 20, 2011. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1579/1334> Acessado em 22/03/2014.

LOPES, M.H.B.M. Experiência de Implantação do processo de Enfermagem utilizando Diagnósticos de Enfermagem (Taxonomia da NANDA) resultados esperados, intervenções e problemas colaborativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. vol. 8, nº 3. Ribeirão Preto, jul, 2000.

LUZIO, C.A.; L'ABBATE, S. A Reforma psiquiátrica Brasileira: Aspectos históricos e técnicos-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface- Comunic., Saúde, Educ.** vol. 10, nº 20, p. 281-98, jul/dez. 2006.

LUZIO, C.A.; YASUI, S. Além das Portaria: Desafios da Política de Saúde Mental. **Psicol. Estud.** vol.15, nº 1, Maringá, Jan./Mar., 2010.

MEDEIROS, A.L.; SANTOS, S. R.; CABRAL, R.W.L. Desvelando dificuldades operacionais na sistematização da Assistência de enfermagem na perspectiva da Grounded Theory. *Rev. Eletr. Enf.(Internet)*. Vol. 15, nº 1, p 44-53, jan/mar. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.15323>. Acessado em 17/03/2014

NASCIMENTO, K.C.; BACKES, D.S.; KOERLCH, M.S.; ERDMANN, A.L. Sistematização da Assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Rev. Esc. Enferm USP**. vol 42, nº 4, p. 643-648, 2008. Disponível em: www.scielo.br. Acessado em 17/03/2014

NEVES, R.S. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Reabilitação segundo modelo Conceitual de Horta. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 59, nº 4, p. 556-559, jul/ago, 2006.

OLIVEIRA, S.K.P.; QUEIROZ, A.P.O.; MATOS, D.P.M.; MOURA, A.F.; LIMA, F.E.T. Temas Abordados na Consulta de Enfermagem: Revisão Integrativa da Literatura. **Rev. Bras. Enferm.** vol. 65, nº 1, Brasília, Jan/Fev. 2012.

ROCHA, Ruth Mylius. *Enfermagem em Saúde Mental*. 2. ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2010. 192p. ISBN 85-7458-165-8.

SPERANDIO, D.J.; EVORA, Y.D.M. Planejamento da Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de terapia semi-intensiva. *Anais. 9º Congresso Brasileiro de Informática em Saúde*. Ribeirão Preto, SP, 2004. Disponível em: www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/279.doc. Acessado em: 14/03/2014

SOARES, R. D.; VILELLA, J.C.; BORBA, L. O.; BRUSAMARELLO, T.; MAFTUM, M. A. O papel da equipe de enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial. *Esc. Anna Nery*. vol. 15, nº1, jun./marc., Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: www.scielo.br Acessado em 23/03/2014.

SUMITA, S.L.N.; ABRÃO, A.C.F.V.; MARIN, H.F. Elaboração de coleta de dados para identificação dos diagnósticos de enfermagem em parturiente. **Acta Paul. Enferm.** vol. 18, nº 4. São Paulo, Oct/Dec, 2005.

TRUPPEL, T.C.; MEIER, M.J.; CALIXTO, R.C.; PERUZZO, S. A.; CROZETA, K. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*. vol. 62, nº 2, p. 221-227, abril, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019600008>. Acessado em 17/03/2014

ZEFERINO, M.T.; SPRICIGO, J.S.; CARDOSO, L.; SCHERER, Z.A.P.; GRIGOLO, T. M.; RODRIGUES, J. Fundamentos teóricos e conceituais da Saúde Mental e Atenção Psicossocial. In: *Mód. V Curso de Especialização de Linhas de Cuidado em Enfermagem*. Florianópolis, p. 9-59, 2013

APÊNDICE**CONSULTA DE ENFERMAGEM**

Nome:

Data:

Horário:

1. Queixa Atual

2. Expectativas em relação ao tratamento

3. Experiências anteriores com problemas de Saúde, história pregressa de tratamentos relacionados à dependência química, períodos de abstinência.

4. Atendimentos das Necessidades Básicas (padrões, hábitos, frequência, horários, rituais, outros)

5. Comorbidades relacionadas ao uso de álcool/outras drogas

6. Exame Físico/Psíquico

7. Dados Clínicos de interesse para Enfermagem (Exames laboratoriais, diagnósticos clínicos e psiquiátricos)

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Problemas Identificados	Necessidades/ Dependência
	Segurança Emocional () ____ Sono () ____ Exercícios () ____ Mecânica Corporal () ____ Percepção Sensorial Dolorosa () ____ Eliminações () ____ Hidratação () ____ Terapêutica () ____ Cuidado Corporal () ____ Integridade cutâneo-mucosa () ____ Educação à Saúde () ____ Sexualidade () ____ Religião () ____ Nutrição () ____

PLANO ASSISTENCIAL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
