

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DO
CUIDADO EM ENFERMAGEM**

MARIO SERGIO BRUGGMANN

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
CONSTRUÇÃO DE UM SABER COLETIVO PARA
IMPLANTAÇÃO EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

Florianópolis
2015

Mario Sergio Bruggmann

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
CONSTRUÇÃO DE UM SABER COLETIVO PARA
IMPLANTAÇÃO EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

Dissertação submetida ao Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do Título de Mestre Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza

Coorientadora: Dra. Eliani Costa

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Florianópolis
2015

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Bruggmann, Mario Sergio
Sistematização da assistência de enfermagem : construção
de um saber coletivo para implantação em um hospital
psiquiátrico / Mario Sergio Bruggmann ; orientadora, Ana
Izabel Jatobá de Souza ; coorientadora, Eliani Costa. -
Florianópolis, SC, 2015.
192 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem.

Inclui referências

1. Gestão do Cuidado em Enfermagem. 2. Sistematização da
assistência de enfermagem. 3. Processo de enfermagem. 4.
Enfermagem psiquiátrica. I. Souza, Ana Izabel Jatobá de.
II. Costa, Eliani. III. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em
Enfermagem. IV. Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DO
CUIDADO EM ENFERMAGEM

**“SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
CONSTRUÇÃO DE UM SABER COLETIVO PARA
IMPLANTAÇÃO EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO”.**

Mario Sergio Bruggmann

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: MESTRE PROFISSIONAL EM
GESTÃO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Profª. Dra. Jane Cristina Anders

Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado
em Enfermagem

Banca Examinadora:

Profª. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza (Presidente)

Prof. Dr. Jefferson Rodrigues (Membro)

Profª. Dra. Lúcia Amante (Membro)

Profª. Dra. Dulcinéia Ghizoni Schneider (Membro)

Dedico este trabalho a todos os profissionais e pacientes que me ensinaram a essência da saúde mental e suas adversidades.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Sérgio (*in memoriam*) e Maria, que participaram da formação mais importante da minha vida e que me possibilitaram conhecer o mundo através dos seus mais admiráveis e sinceros ensinamentos.

Aos meus irmãos, que também participaram da minha formação pessoal e me ensinaram a completude da vida.

Ao Ácmon, pelo estímulo, apoio e parceria durante todo o processo de construção desta dissertação.

À Eudinéia, pelo eterno carinho e parceria.

À Édina, Marian, Marina, Marcos e Jeferson, que estão sempre ao meu lado, tornando a vida mais leve e feliz.

A todos os enfermeiros do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina que participaram ativamente do processo de construção deste estudo, bem como me possibilitaram grandes conhecimentos.

À minha orientadora Ana Izabel Jatobá de Souza e minha co-orientadora Eliani Costa, pelos valiosos ensinamentos e pela magnitude das nossas reflexões acerca deste trabalho e da Enfermagem de um modo geral.

À Universidade Federal de Santa Catarina e ao Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem que me possibilitaram esta formação profissional.

À Professora Francine Lima Gelbcke, a quem eu tenho muita admiração e que contribuiu substancialmente para a construção do conhecimento durante minha formação.

Aos Professores Jeferson Rodrigues, Lúcia Amante e Dulcinéia Ghizoni Schneider, que participaram da minha banca, contribuindo ainda mais para o meu crescimento pessoal e profissional.

A todos os professores que participaram da minha formação, contribuindo para a construção epistemológica na área da Enfermagem.

Aos colegas de turma do mestrado profissional.

E finalmente, a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, participaram da construção deste trabalho.

Muito Obrigado!

BRUGGMANN, Mario Sergio. **Sistematização da Assistência de Enfermagem: construção de um saber coletivo para implantação em um hospital psiquiátrico**. 2015. 192 p. Dissertação (Mestrado Profissional) Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza.

Coorientadora: Profa. Dra. Eliani Costa.

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa na modalidade de Pesquisa-Ação, com o objetivo de construir um saber coletivo com os enfermeiros para implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em um hospital psiquiátrico, tendo como referencial teórico Michel Foucault. O estudo foi desenvolvido em um hospital psiquiátrico de referência em Santa Catarina/Brasil, com a participação de dezoito enfermeiros. Para sua realização, foram atendidos todos os preceitos éticos assegurados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer 538.888. A coleta de dados ocorreu de março a junho de 2014 e foi realizada por meio de um questionário semiestruturado e de quatro oficinas. Como resultado dos questionários emergiram os seguintes temas abordados nas oficinas: o saber dos enfermeiros acerca da Sistematização da Assistência da Enfermagem, o poder dos enfermeiros para construção de um saber coletivo e implantação da Sistematização da Assistência da Enfermagem e a verdade dos enfermeiros a respeito Sistematização da Assistência da Enfermagem. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin, à luz da abordagem de Michel Foucault sobre saber/poder e verdade. Obteve-se como resultados a construção dos seguintes instrumentos: histórico, diagnósticos e prescrição de enfermagem. Para a fase de avaliação de enfermagem se definiu a organização dos dados em quatro elementos: Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano. O suporte teórico para sustentar a Sistematização da Assistência de Enfermagem na instituição está apoiado na teoria da relação pessoa-pessoa de Joyce Travelbee e todas as fases do Processo de

Enfermagem foram pautadas na Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem. Deste modo, concluiu-se que o saber científico dos enfermeiros aliado a sua prática assistencial na enfermagem psiquiátrica, resultou na construção coletiva de instrumentos que compõem as etapas do Processo de Enfermagem. Também é relevante destacar que a percepção dos enfermeiros sobre este método científico, bem como a integração das suas etapas em sua vivência assistencial vislumbram expressivamente a completude desta pesquisa.

Descritores: Sistematização da Assistência de Enfermagem. Processo de Enfermagem. Enfermagem Psiquiátrica.

BRUGGMANN, Mario Sergio. Nursing Care Systematization: Building a collective knowledge for deployment in a psychiatric hospital. 2015. 192 p. Dissertation (Professional Master) of Care in Nursing Professional Masters Degree Program Management, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Advisor: Profa. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza.

Advisor: Profa. Dra. Eliani Costa.

Line of Operation: Care and process of living, be healthy and sick.

ABSTRACT

This is a qualitative research on Research-Action mode, aimed to build a collective knowledge with nurses to implement the nursing care systematization in a psychiatric hospital, based on Michel Foucault previous works. This study was conducted in the most important psychiatric hospital in Santa Catarina / Brazil, with the collaboration of eighteen nurses. For its realization, all ethical precepts provided by Resolution 466/12 of the National Health Council were conducted, which governs the Regulatory Guidelines and Standards of Research Involving Humans, being approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Santa Catarina in the opinion 538.888. Data collection took place from March to June 2014 and was performed using a semi-structured questionnaire and four workshops. Because of the questionnaires covered in the workshops, emerged the following topics: the nurses' knowledge about the Systematization of Nursing Assistance, the nurses' power to build a collective knowledge and implementation of the Systematization of Nursing Assistance and the truth about systematization of nursing assistance for that group. For data analysis, we used the Bardin content analysis technique, based on Michel Foucault approach to knowledge, power and truth. As a result, it was obtained the construction of the following instruments: historical, nursing diagnosis and prescription. For the nursing assessment phase, it was defined the organization of data on four elements: Subjective, Objective, Assessment and Plan. The theoretical basis to support the systematization of nursing care in the institution is structured around Joyce Travelbee's person-person relation theory and all phases of nursing processes were guided in Resolution 358/2009 of the Federal Nursing Council. Thus, it was concluded that the scientific knowledge of nurses combined with their care practice in psychiatric nursing result in a collective construction of instruments, comprising the steps of the nursing process. It is also worth

pointing out that the perception of nurses on this scientific method, as well as the integration of its stages in their care experience significantly glimpse the completion of this research.

Descriptors: Nursing Care Systematization. Nursing Process. Psychiatric Nursing.

BRUGGMANN, Mario Sergio. **Sistematización de Asistencia en enfermería: Construcción de saber colectivo para implementación en hospital psiquiátrico.** 2015. 192 p. Disertación (Maestría Profesional) Programa de Maestría en Gestión Profesional de Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

Orientador: Profa. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza.

Coorientador: Profa. Dra. Eliani Costa.

Línea de Investigación: El cuidado y el proceso de vivir, ser saludable y enfermarse.

RESUMEN

Se trata de una investigación cualitativa en la modalidad de Investigación-Acción, con el objetivo de construir junto a los enfermeros un saber colectivo e implementar la sistematización de asistencia de enfermería en un hospital psiquiátrico, teniendo como referencia teórica Michel Foucault. El estudio se realizó en un hospital de referencia psiquiátrica en Santa Catarina/Brasil, con la participación de dieciocho enfermeros. Para su realización, se han cumplido todos los preceptos éticos previstos por la Resolución 466/12 del Consejo Nacional de Salud, que dispone sobre las directrices reguladoras y normas de investigación con seres humanos, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Federal de Santa Catarina en la opinión 538.888. La recolección de datos se llevó a cabo entre marzo y junio de 2014 y se ha realizado mediante encuesta semiestructurada y de cuatro talleres. Como resultado de las encuestas surgieron los siguientes temas tratados en los talleres: el conocimiento de los enfermeros sobre la Sistematización de la Asistencia de Enfermería, el poder de los enfermeros para la construcción de un saber colectivo, la implementación de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería y la verdad de los enfermeros acerca de la sistematización de asistencia de enfermería. Para el análisis de los datos se utilizó la técnica de análisis de contenido de Bardin, a la luz del enfoque de Michel Foucault sobre el saber / poder y la verdad. Se obtuvo como resultado la construcción de los siguientes instrumentos: histórico, diagnóstico y prescripción de enfermería. Para la fase de evaluación de enfermería se define la organización de datos en cuatro elementos: Subjetivos, Objetivos, Evaluación y Plan. La base teórica para sostener la Sistematización de Asistencia de Enfermería en la institución se apoya en la teoría de las relaciones persona – persona de Joyce Travelbee y todas las fases del proceso de enfermería fueron respaldadas en la

Resolución 358/2009 del Consejo Federal de Enfermería. Por lo tanto, se concluyó que el conocimiento científico de los enfermeros, combinados con la práctica asistencial en enfermería psiquiátrica, resultó en la construcción colectiva de instrumentos que comprende las etapas del proceso de enfermería. También cabe destacar que la percepción de los enfermeros en este método científico, así como la integración de sus etapas en su experiencia asistencial vislumbran significativamente la realización de esta investigación.

Descriptor: Sistematización de Asistencia de Enfermería. Proceso de enfermería. Enfermería Psiquiátrica.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CCS	Centro de Convivência Santana
CEDOPE	Centro de Documentação e Pesquisa
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DASP	Departamento Autônomo de Saúde Pública
E	Enfermeiro
ECT	Eletrochoque
FHSC	Fundação Hospital de Santa Catarina
HCS	Hospital Colônia Santana
IPq-SC	Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NANDA	<i>American Nursing Diagnosis Association International</i>
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
PE	Processo de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SC	Santa Catarina
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SES-SC	Secretaria da Saúde do Estado de Santa Catarina
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UTA	Unidade para Triagem e Admissão de Pacientes
UIP	Unidade de Internação Psiquiátrica
UCM	Unidade de Clínica Médica

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Inauguração do HCS em 1941.....	52
Figura 2: Manual de Enfermagem Psiquiátrica.....	64
Figura 3: Manual de Enfermagem Psiquiátrica: Gerenciamento e Cuidado.....	65
Figura 4: Manual de Enfermagem Psiquiátrica: Gerenciamento e Cuidado.....	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Fases da teoria de Joyce Travelbee.	49
Quadro 2: Diagnósticos de Enfermagem, Fatores Relacionados e Características Definidoras selecionadas pelos participantes do estudo. Florianópolis, 2014.....	96
Quadro 3: Histórico de Enfermagem. Florianópolis, 2014.	118
Quadro 4: Diagnósticos de Enfermagem. Florianópolis, 2014.	122
Quadro 5: Intervenções de Enfermagem elaboradas pelos participantes do estudo. Florianópolis, 2014.	124
Quadro 6: Histórico de Enfermagem. Florianópolis, 2014.	134
Quadro 7: Diagnósticos de Enfermagem. Florianópolis, 2014.	137
Quadro 8: Intervenções de Enfermagem elaboradas pelos participantes do estudo. Florianópolis, 2014.	139
Quadro 9: Intervenções de Enfermagem em prontuário eletrônico. Florianópolis, 2014.....	140

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Etapas do PE já desenvolvidas pelos participantes do estudo em sua prática assistencial. Florianópolis, 2014.	116
--	-----

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	17
LISTA DE FIGURAS	19
LISTA DE QUADROS	21
LISTA DE TABELAS.....	23
1 INTRODUÇÃO.....	27
2 REVISÃO DE LITERATURA	33
2.1 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: CONCEITOS E LEGISLAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM.....	34
2.1.1 Processo de Enfermagem: Conceitos, Aspectos Legais e suas Fases	38
2.1.2 Histórico de Enfermagem	39
2.1.3 Diagnóstico de Enfermagem.....	40
2.1.4 Planejamento de Enfermagem	44
2.1.5 Implementação.....	44
2.1.6 Avaliação de Enfermagem.....	45
2.2 TEORIA DA RELAÇÃO PESSOA-PESSOA DE JOYCE TRAVELBEE.....	45
2.3 EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA E O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UMA SISTEMATIZAÇÃO ASSISTENCIAL: DE 1941 A 2014.....	51
3 REFERENCIAL TEÓRICO FOUCAULTIANO.....	69
3.1 SABER/PODER E VERDADE.....	70
3.2 APROXIMAÇÃO DO REFERENCIAL FOUCAULTIANO COM A PROPOSTA DE ESTUDO.....	74
4 MÉTODO	77
4.1 TIPO DE ESTUDO	77
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	78
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	78
4.4 COLETA E REGISTRO DOS DADOS	78
4.4.1 Aplicação dos questionários semiestruturados	78
4.4.2 Oficinas.....	79
4.4.2.1 Primeira oficina: o saber dos enfermeiros acerca da Sistematização da Assistência da Enfermagem	79
4.4.2.2 Segunda oficina: o poder dos enfermeiros para construção de um saber coletivo e implantação da Sistematização da Assistência da Enfermagem – a construção das etapas do Processo de Enfermagem (histórico e diagnósticos de enfermagem).....	80

4.4.2.3	Terceira oficina: apresentação e validação dos diagnósticos de enfermagem selecionados.....	82
4.4.2.4	Quarta oficina: a verdade dos enfermeiros a respeito Sistematização da Assistência da Enfermagem: consolidando as etapas e discutindo caminhos para aplicação do processo de enfermagem.....	82
4.5	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	83
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	84
5	RESULTADOS.....	85
5.1	MANUSCRITO 1: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: CONSTRUÇÃO DE UM SABER COLETIVO DOS ENFERMEIROS NA PERSPECTIVA FOUCAULTIANA ...	86
5.2	MANUSCRITO 2: CONSTRUÇÃO COLETIVA DOS INSTRUMENTOS PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.....	109
6	PRODUTO FINAL.....	133
6.1	REFERENCIAL TEÓRICO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM DO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA	133
6.2	PROCESSO DE ENFERMAGEM DO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA.....	133
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	147
	REFERÊNCIAS.....	149
	APÊNDICES	157
	ANEXOS.....	189

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história da humanidade vários segmentos sociais lutaram para que seus direitos fossem garantidos em constituição, todavia, apenas alguns foram vitoriosos neste embate pelo reconhecimento dos direitos humanos, e o louco, *fora da razão*, continuou encarcerado até o final do século XX. Ainda assim, nas inúmeras tentativas de dominar a loucura e defender-se de tudo que esta representava para a sociedade, muitos hospitais psiquiátricos se transformaram em locais de repressão, onde as pessoas com transtornos mentais eram isolados do mundo. Esta realidade, de acordo com Costa (2010, p. 25), indica a necessidade de “humanizar, libertar, inserir na sociedade, criar e adequar espaços” para que deste modo, a pessoa com transtorno mental seja assistida de maneira adequada e possa exercer sua condição de cidadão.

A assistência à pessoa com transtorno mental no Brasil foi marcada, historicamente, pela exclusão, apontando para mudanças profundas a partir da segunda metade do século XX. Tais mudanças vêm sendo consolidadas paulatinamente, determinadas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Trata-se, portanto, de um processo contemporâneo ao movimento sanitário brasileiro nos anos 70, e destaca propostas inovadoras nos modelos assistenciais à saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, protagonismo dos trabalhadores e pacientes dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

Nesta concepção, Amarante (1995, p. 91) refere que a reforma psiquiátrica representa “um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias, o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria”. Trata-se, pois, de um vigoroso movimento que traz embutido não somente o questionamento da clínica psiquiátrica propriamente dita, mas também, e principalmente, o problema das práticas de cuidado dirigidas às pessoas com transtornos mentais. Assim, como consequência dos movimentos advindos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, vários hospitais psiquiátricos, caracterizados como manicômios, foram fechados, surgindo em contrapartida, outros espaços ao tratamento de pessoas com transtorno mental, com propostas assistenciais que levam em consideração sua subjetividade dentro de seu território.

Em Santa Catarina, o processo de transformação da assistência psiquiátrica determinou em 1996, o fechamento do antigo Hospital Colônia Santana (HCS), caracterizado como um macro hospital

psiquiátrico estatal, inaugurado em 1941, no Governo de Nereu Ramos. Esta instituição concentrou em sua trajetória, parte da assistência em saúde mental do Estado, seguindo a política de exclusão do doente mental, prevalecente no país na década de 1940. Neste sentido, o HCS concentrou sobre si encargos e atribuições múltiplas, passando a assumir uma assistência custodial, que se tornou predominante em relação aos outros tipos de recursos terapêuticos (COSTA, 2002).

Como resultado do processo de fechamento do HCS, surgiram, em 1996, no mesmo espaço físico, o Centro de Convivência Santana (CCS) e o Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPq-SC). O primeiro, o CCS, assumiu todos os pacientes remanescentes do antigo HCS na época, 600 pessoas consideradas moradoras (institucionalizadas¹), que passaram a ser parte integrante de um processo de políticas de reinserção social. O segundo, o IPq-SC, emergiu com proposições para internação de curta permanência para o tratamento de surto psiquiátrico grave, em substituição à internação de longa permanência, que acabava institucionalizando a pessoa com transtorno mental, afastando-o do meio sócio familiar (COSTA, 2010).

A assistência de enfermagem desenvolvida no antigo HCS e no atual CCS e IPq-SC tem sido alvo de vários estudos. Autores como Borenstein et al (2003), Koerich (2008), Costa (2010) e Borges (2013), por exemplo, historicizaram a Enfermagem e o cuidado prestado aos doentes na instituição, sob diversas óticas e períodos históricos. Estas autoras demonstraram em seus estudos, que a assistência de enfermagem nesta instituição tem sido marcada por uma trajetória de luta, de retrocessos e avanços rumo à mudança de paradigma. Estes estudos evidenciaram de modo especial, o papel transformador do enfermeiro no contexto assistencial, o que foi bastante ratificado no trabalho de Costa (2010). A autora retratou em seu estudo, a passagem da Enfermagem leiga

¹Este método de dependência institucional pode ser definido como institucionalização, acontecendo quando o indivíduo habita as instituições tidas como totais. Frente a um estudo realizado por Erwing Goffman em um hospital psiquiátrico, do qual o objetivo era “conhecer o mundo social do internado, na medida em que esse mundo é subjetivamente vivido por ele”, assinalou-se a definição de instituições totais. Nestas se ressaltariam a carreira moral, o estigma ou a mortificação do eu e a ausência de trocas sociais. “Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla, por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 2008 p.8-11).

para a Enfermagem profissional, demonstrando as transformações ocorridas na instituição, a partir da entrada do primeiro enfermeiro em 1971².

Transcorridas mais de quatro décadas do início da Enfermagem profissional no antigo HCS, atual IPq-SC, observam-se expressivas transformações na assistência de modo geral, e em particular na assistência de enfermagem. Atualmente são 23 enfermeiros que atuam no IPq-SC e CCS, os quais vêm reproduzindo seus trabalhos no sentido de aprimorar a qualidade da assistência prestada.

Ao ingressar no IPq-SC em agosto de 2012, atuando como enfermeiro assistencial em uma unidade de internação masculina de curta permanência, para tratamento de pacientes em surtos psiquiátricos graves, percebi a complexidade das funções assistenciais e gerenciais desenvolvidas pelo enfermeiro no cotidiano de um hospital psiquiátrico. Entre estas, destaco as atividades administrativas e gerenciais inerentes ao papel do enfermeiro em quaisquer instituições, bem como a assistência de enfermagem psiquiátrica, que é particularmente dinâmica, exigindo do profissional, o conhecimento técnico específico e o desenvolvimento de habilidades pessoais e interpessoais para assistir à pessoa com transtorno mental.

Entre as atividades preconizadas ao enfermeiro no IPq-SC, destacam-se a admissão dos pacientes provenientes da Unidade para Triagem e Admissão (UTA) e das Unidades de Internação Psiquiátrica (UIP), planejando individualmente sua assistência, incluindo então, a coleta da história do paciente, identificação dos problemas, avaliação e encaminhamentos necessários, executando os que lhes são privativos. Realiza a avaliação semanal de todos os pacientes, além do atendimento e registro das intercorrências diárias. Entre as atividades do enfermeiro no IPq-SC, estão ainda, a organização e participação em grupos terapêuticos e reuniões técnicas que acontecem sistematicamente, com relevante importância na evolução do paciente, entre outras.

Os enfermeiros do IPq-SC desenvolvem uma dinâmica assistencial que não é realizada de acordo com as etapas do Processo de Enfermagem (PE), propostas pela Resolução Nº 358/09 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2009). Nesta condição, é relevante salientar que o cuidado de enfermagem pode se apresentar fragilizado, desarticulado e ou propenso à descontinuidade. Em contrapartida, também é expressivo assinalar que a assistência de enfermagem pode ser reconstruída e

²Wilson Kraemer de Paula foi o primeiro profissional enfermeiro a ser admitido na instituição (COSTA, 2010).

lapidada a partir dos saberes dos enfermeiros e metodologias específicas para sua organização.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) se apresenta, neste contexto, como uma metodologia orientada para a organização da assistência de enfermagem, direcionada ao paciente, família ou comunidade. É definida pelos enfermeiros brasileiros enquanto um método de planejamento da assistência, que possibilita uma visão integral e segura do cuidado. Sobretudo, há uma questão a se considerar, visto que sistematizar a assistência de enfermagem pode ser compreendido meramente como o ato de organizá-la (como acontece atualmente no IPq-SC – grifo do autor), sem que sejam seguidas as etapas do método científico, estabelecido como PE (DEL' ANGELO et al, 2010).

De acordo com Del' Angelo et al (2010), a SAE vai além da sistemática organização da assistência de enfermagem, ela também contempla uma perspectiva ética, legal e técnica de assistir ao indivíduo, família e comunidade. Trata-se, portanto, de uma ferramenta de gestão, uma tecnologia assistencial que deve ser aplicada para consolidar a autonomia do enfermeiro e reestruturar sua prática assistencial.

Nos cenários onde acontecem as práticas de enfermagem, é relevante refletir sobre a necessidade da construção epistemológica de uma assistência de enfermagem sistematizada, científica e segura para produção de saúde. Neste sentido, que caracteriza o contexto das tecnologias assistenciais de enfermagem, a SAE se pronuncia como conhecimento necessário para estimular o senso crítico e reflexivo dos enfermeiros, subsidiando uma assistência segura. A implementação da SAE nas instituições possibilita ainda, instrumentalizar a equipe de enfermagem sobre os métodos qualificados e seguros de assistência, além de evidenciar a cientificidade no trabalho e, conseqüentemente, promover o devido respeito e autonomia à profissão (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

Cabe destacar que o PE se apresenta como parte integrante da SAE e se caracteriza como ferramenta indispensável para aprimorar o planejamento e os resultados das atividades assistenciais do enfermeiro. Sua utilização como método científico de trabalho, possibilita melhorias na assistência de enfermagem através do planejamento individualizado de suas ações, que são elaboradas pelo enfermeiro para conferir a continuidade e integralidade da assistência (ARGENTA, 2011).

Autores como Figueiredo et al (2006) descrevem que a preocupação em orientar as atividades da enfermagem com respaldo no método científico, teve como marco o desenvolvimento e divulgação do PE, inicialmente expresso na literatura norte americana, nas décadas de

1950 e 1960. Neste sentido, Kletemberg et al (2010) apontam que no Brasil, o conhecimento empírico das práticas do cuidado tem sido discutido e realinhado sistematicamente em busca da cientificidade, e assim, é significativo destacar que o emprego da SAE ocorreu inicialmente no país, no ano de 1979, com as definições de PE por Wanda de Aguiar Horta.

Horta (1979, p.35) definiu o PE como a “dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas” e se fundamenta pelo “inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos”. Seu método é o mais conhecido e seguido para implantação do PE no Brasil, e envolve as seguintes fases: “histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem”.

Crossetti (2008) enfatiza que para aplicação do PE através da SAE, é fundamental que se escolha um referencial teórico que o sustente. Deste modo, a Resolução COFEN N° 358/09 determina em seu Art. 3° que o PE deve ser fundamentado por um suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento dos diagnósticos e o planejamento das intervenções de enfermagem além de fornecer a base para a avaliação dos resultados destas ações.

Neste peculiar entendimento das ações sistematizadas da assistência de enfermagem, nas quais o PE se apresenta como método científico, é relevante assentir que sua utilização confere organização integral da assistência, além de otimizar o tempo da equipe de enfermagem. Neste sentido, também é significativo assinalar que a construção epistemológica e coletiva da SAE pelos enfermeiros, caracteriza a possibilidade de mudanças no cenário profissional, que se traduzem em benefícios assistenciais assegurados ao paciente.

Com base nos parágrafos supracitados, é considerável apontar que mesmo diante de uma crescente e contínua evolução da assistência de enfermagem, é necessário que os enfermeiros construam saberes e os desenvolvam em sua prática assistencial. Deste modo, estarão cumprindo com suas obrigações éticas e legais, qualificando seu trabalho, garantindo sua autonomia e espaço no cenário científico e social, além de proporcionar ao paciente, o que lhes é de direito, a citar, uma assistência holística, qualificada e segura. Nesta concepção, também é relevante destacar que uma filosofia comprometida com os processos de melhoria contínua nas instituições, dará representatividade e segurança para que sejam implantadas novas tecnologias assistenciais. Deste modo, se possibilita transcender sistemas fragmentados de assistência, além de desconstruir velhos paradigmas, para então, se estruturar bases para

renovação do saber fazer da enfermagem, principalmente no cenário da Enfermagem psiquiátrica.

Considerando as prerrogativas éticas, técnicas e legais preconizadas pelo COFEN sobre a implantação da SAE, além de ponderar a forma fragmentada da assistência de enfermagem atualmente desenvolvida no IPq-SC e para contribuir com os enfermeiros na execução de uma assistência planejada e amparada nas bases legais, justifica-se a realização do presente estudo, que tem como *questão norteadora: como construir um saber coletivo com os enfermeiros para implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em um Hospital Psiquiátrico?*

Nesta perspectiva, é expressivo salientar que uma busca realizada na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) no período de 2012-2014, utilizando-se os descritores *Sistematização da Assistência de Enfermagem* e *Assistência de Enfermagem Psiquiátrica*, não contemplou achados que tratassem sobre a implantação da SAE em hospitais psiquiátricos, embora existam relevantes pesquisas sobre esta metodologia em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outras especialidades. Esta realidade contribui ainda mais para a necessidade do desenvolvimento de pesquisas nesta área, contribuindo assim, com a evolução da assistência de enfermagem psiquiátrica.

Deste modo, o *objetivo geral é construir um saber coletivo com os enfermeiros para implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em um Hospital Psiquiátrico.*

Acredita-se que o desenvolvimento de pesquisas voltadas ao aperfeiçoamento do nosso fazer profissional, na Enfermagem psiquiátrica de modo particular, contribuirá com a lacuna existente no conhecimento da enfermagem contemporânea. Além disso, tais estudos poderão se constituir em fonte de consulta para outros pesquisadores interessados, fortalecendo assim a linha de pesquisa na área, e servindo de reflexão para os profissionais da saúde, em especial da saúde mental, incrementando a literatura nacional e internacional, de modo a contribuir para a assistência, ensino, pesquisa e extensão.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Para fundamentação deste estudo, realizou-se uma pesquisa bibliográfica na base de dados na SCIELO, no período de fevereiro a junho de 2014, utilizando-se os descritores *Sistematização da Assistência de Enfermagem* e *Assistência de Enfermagem Psiquiátrica*. A busca e seleção dos artigos aconteceram em dois momentos, utilizando-se, separada e respectivamente, os descritores supracitados. Foram excluídos os artigos que não abordavam tais descritores e os publicados anteriormente ao ano de 2007, uma vez que o critério de inclusão dos artigos foi: ter sido publicado no período de 2007 a 2014, contendo os descritores anteriormente citados. Desta forma, foram encontrados 85 artigos, com o descritor *Sistematização da Assistência de Enfermagem*, dos quais foram selecionados 25, e 165 artigos com o descritor *Assistência de Enfermagem Psiquiátrica*, dos quais foram selecionados 20 para auxiliar na fundamentação do estudo.

As discussões nos artigos pesquisados envolvendo a SAE evidenciaram questões abrangentes, de modo que foi perceptível verificar sua viabilidade na prática assistencial do enfermeiro. Alguns desses estudos caracterizaram a aplicação da SAE em grupos específicos de pacientes, tais como crianças, adultos, gestantes, pacientes internados em unidades de terapia intensiva e em determinadas condições de saúde, bem como hipertensão arterial sistêmica, diabetes, dentre outros agravos à saúde. Também foi evidenciada que a assistência de enfermagem pode se tornar fragmentada e propícia à descontinuidade, tornando-se notória a necessidade de uniformização de métodos assistenciais para construção da prática profissional. Há destaque sobre iniciativas de implantação da SAE, bem como do PE, porém estas são lentas e necessitam de evidências para que ambos sejam encarados como elementos fortalecedores da identidade profissional. Foi verificado que para construção epistemológica do cuidado sistematizado, é necessário considerar discussões sobre SAE/PE e uniformização de uma linguagem para a assistência de enfermagem.

Cabe destacar que determinados pontos abordados nos artigos, suscitam desafios à implantação da assistência de enfermagem sistematizada, tais como, o desconhecimento das etapas do PE, o número reduzido de enfermeiros nos serviços, o pouco envolvimento destes no processo, a irrelevante valorização por parte da administração da instituição, bem como os poucos indicadores de eficiência. Ao mesmo tempo, implantar o PE requer do profissional um referencial teórico bem fundamentado, além de conhecimentos, habilidades e atitudes pautadas

no compromisso ético, responsabilidade e no assumir o cuidar do outro (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

Figueiredo et al (2006) realizaram um estudo bibliográfico objetivando caracterizar as produções científicas nacionais sobre SAE. Estes estudos apontaram uma predominância de publicações de 63,2% voltadas à área hospitalar e 15,5% para área extra-hospitalar (saúde coletiva). Outro aspecto discutido em sua pesquisa foi o fato de os estudos sobre a SAE envolverem o conhecimento das teorias de enfermagem, sendo o mais utilizado, o referencial de Wanda de Aguiar Horta.

Como já referenciado, ao utilizar o descritor *Assistência de Enfermagem Psiquiátrica*, foram encontrados 165 artigos, dos quais, foram selecionados apenas 20 para auxiliar na fundamentação desta pesquisa. Este número reduzido se deve ao fato de os artigos excluídos caracterizarem estudos voltados ao ensino da saúde mental nas universidades, implantação de Serviço de Residencial Terapêutico (SRT) e reforma psiquiátrica brasileira, eliminando assim, a proposta essencial que trata da assistência de enfermagem psiquiátrica. Os artigos que foram selecionados para fundamentar o presente estudo destacam o cuidado de enfermagem nos ambientes intra como extra-hospitalares.

Cabe destacar ainda, que esta busca e seleção de artigos auxiliaram expressivamente na fundamentação teórica do presente estudo, emergindo assim, alguns temas bastante representativos para esta pesquisa, os quais serão discutidos a seguir.

2.1 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: CONCEITOS E LEGISLAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Argenta (2011, p. 36) indica que o processo de trabalho na área da saúde tem como produto final um serviço que este constitui:

[...] um produto complexo quando comparado com a produção de bens de consumo. O cuidado prestado ao indivíduo sadio ou doente, produto final do trabalho desses profissionais, é o resultado do trabalho dos componentes da equipe multidisciplinar de saúde.

A Enfermagem se insere neste contexto, de forma a caracterizar como essência do seu processo de trabalho, a assistência ao ser humano. Assim, a profissão busca permanentemente consolidar a natureza dos seus

objetivos, evoluindo, ao longo dos tempos, de uma atuação experimental para científica, nas condições de saúde e doença do ser humano.

A SAE, em conformidade à teorização do processo de trabalho, emerge como estratégia gerencial e assistencial do trabalho do enfermeiro, contribuindo assim, para o planejamento de uma assistência integral, apoiado em bases científicas.

A concepção da SAE é descrita por Argenta (2011, p. 37), e aponta que esta “vem ocorrendo desde Florence Nightingale, em 1854”, quando a Enfermagem começou sua trajetória para assumir uma atuação baseada na cientificidade. Neste sentido, as técnicas de enfermagem instituíram as “primeiras expressões do saber sistematizado da enfermagem”, seguidas pelos “princípios científicos e teorias de enfermagem” e, contemporaneamente, pelo “movimento das classificações de enfermagem”.

O emprego da SAE no Brasil aconteceu na década de 1970, por influência de Wanda de Aguiar Horta, com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas e o estabelecimento das etapas do PE, que atualmente ainda constitui o modelo mais seguido para implantação da SAE no país (KLETEMBERG et al, 2010).

Conforme a evolução da Enfermagem e sua busca por espaço e visibilidade no cenário científico e social, é relevante destacar que a investigação sobre os conceitos e denominações para a SAE, constituem atualmente, objeto de discussão entre os enfermeiros brasileiros de diferentes áreas de atuação. Neste entendimento, também é possível evidenciar que o embate de termos alusivos ao seu conceito pode caracterizar fragilidade em sua compreensão.

Atualmente, na literatura nacional, podemos encontrar uma peculiar e significativa produção científica que relaciona a SAE à uma metodologia de trabalho consistente a ser utilizada na prática assistencial do enfermeiro, em benefício de um cuidado profissional qualificado. Do mesmo modo, tal metodologia está devidamente apoiada em uma legislação que respalda e ampara a atuação dos enfermeiros no que tange um processo de trabalho organizado e sistematizado (SAMPAIO et al, 2011).

A citar, em 15 de outubro de 2009, foi publicada a Resolução Nº 358/2009 do COFEN, que dispõe sobre a implantação da SAE em ambientes públicos ou privados, onde acontece o cuidado de enfermagem. Tal Resolução sustenta a necessidade de o PE estar fundamentado em um suporte teórico que oriente sua realização, sendo sua execução e avaliação de competência exclusiva do enfermeiro (COFEN, 2009).

De forma peculiar, Carvalho e Bachion (2009) definem que sistematização pressupõe a organização de um sistema, que por sua vez, implica em um conjunto de elementos dinamicamente inter-relacionados. Estes elementos podem ser compreendidos por um conjunto de ações ou uma sequência de passos para o alcance de um determinado fim.

Truppel et al (2009) definem a SAE como um processo embasado pelo método científico, que viabiliza a organização da assistência, delineando a identificação das intervenções de promoção, prevenção e recuperação da saúde do ser humano.

Argenta (2011, p. 38), em sua pesquisa sobre o ensino da SAE e o processo de trabalho do enfermeiro, descreve que sistematizar significa “tornar algo sistemático, ou seja, ordenado, metódico, coerente com determinada linha de pensamento e/ou de ação”.

Leopardi (2006, p. 53) caracteriza a SAE enquanto a “organização do trabalho de enfermagem segundo as fases do seu fluxo”. Esta descrição é pautada na estrutura do trabalho realizado pela Enfermagem, “desde a base teórico-filosófica, o tipo de profissional, técnicas, procedimento, métodos, objetivos e recursos materiais para a produção do cuidado”.

Neste sentido, para substanciar o presente estudo, é expressivo destacar que o COFEN, através da Resolução Nº 358/2009, define SAE enquanto uma “organização do trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem” (COFEN, 2009, p. 1).

Menezes, Priel e Pereira (2011) apontam que a SAE representa um caminho para a autonomia do enfermeiro, pelos seguintes pontos específicos: por representar uma metodologia reconhecida pelos enfermeiros brasileiros; por aproximar profissional e paciente durante seu planejamento e execução; e também, por exigir conhecimento científico, responsabilidade e compromisso com o exercício profissional.

Nesta perspectiva, é necessário destacar que a Enfermagem, ao dispor de um processo de trabalho sistemático, estimula a produção de recursos qualificados e seguros que promovem a segurança do paciente. Deste modo, a SAE também pode ser representada como uma metodologia de trabalho do enfermeiro, que subsidia a completa identificação das necessidades do paciente, assegurando uma proposta ao planejamento de sua assistência, norteando a equipe de enfermagem para bons resultados, além do reconhecimento de corretos indicadores de saúde. Trata-se, portanto, de um processo dinâmico, que necessita para o seu desenvolvimento, uma prática assistencial aliada ao rigor científico, uma percepção apurada das necessidades individuais do paciente e tempo adequado à sua realização.

Entre os benefícios ao paciente associados à prática da SAE, descritos por Menezes, Priel e Pereira (2011, p. 955) em seu estudo, estão a “qualidade da assistência prestada pela equipe de enfermagem, que possui autonomia para desenvolvê-la” e a “assistência individualizada”. Sobre os benefícios à profissão, as autoras indicam a autonomia do enfermeiro, a utilização de seus conhecimentos em benefício do paciente, além de “conquistar seu reconhecimento junto à instituição e sociedade”.

A implantação da SAE nas instituições de saúde, assim como sua operacionalização na prática assistencial ainda constituem desafios para a Enfermagem brasileira. Fatores, tais, como número reduzido de enfermeiros e sobrecarga de trabalho têm sido apontados na literatura como limitadores para sua efetivação. Neste entendimento, Casafus, Dell’acqua e Bocchi (2013), descrevem que apesar dos progressos nos aspectos teóricos e legais envolvendo a SAE, ainda existem desafios que limitam seu desenvolvimento na prática, tais quais os descritos anteriormente.

Casafus, Dell’acqua e Bocchi (2013, p. 318), apontaram em seu estudo, a existência de um consenso entre os enfermeiros brasileiros acerca da SAE, os quais a categorizam como “um instrumento ideal para o gerenciamento da assistência e para o reconhecimento social da profissão”. Ainda assim, elencam como elementos facilitadores para implantação e execução da SAE, o dimensionamento ideal de recursos humanos e educação permanente em saúde. Quanto a não adesão da SAE pelos enfermeiros, o estudo evidenciou que o processo de trabalho se apresenta desarticulado, o que culmina em prejuízo no reconhecimento social destes profissionais.

Santos (2007) narra que o processo de implantação da SAE pode ser intrincado no cenário brasileiro, exigindo tempo dos enfermeiros para sua realização. Ainda assim, mesmo que atualmente se disponha de avanços tecnológicos e *softwares* próprios para qualificar o processo de elaboração da SAE, ainda são enfrentadas no Brasil, barreiras para sua total implantação, diferentemente dos países desenvolvidos.

Palomares e Marques (2010), investigando sobre as contribuições que os *softwares* e modelos operacionais têm trazido para implantação da SAE, verificaram que os maiores benefícios destas tecnologias consistiam na otimização de tempo dos enfermeiros, além da segura organização dos dados. Estas autoras também apontaram em seu estudo que a elaboração da SAE se caracteriza por um processo prático e qualificável, que possibilita ao enfermeiro ter uma visão integral dos resultados do seu trabalho.

Em síntese, é relevante destacar que os avanços tecnológicos para informatização da SAE marcam um evento imprescindível para as transformações dos registros de enfermagem. Nesta concepção, a disposição de um sistema padronizado de linguagem, permite a captação, classificação e análise dos dados obtidos no PE, transformando-os em informações seguras. Deste modo, a uniformização dessa linguagem possibilita aos enfermeiros, cada vez mais, a individualização das ações e intervenções de enfermagem, caracterizando uma assistência segura ao indivíduo nos mais diversos processos de saúde e doença (LIMA; KURCGANT, 2006).

2.1.1 Processo de Enfermagem: Conceitos, Aspectos Legais e suas Fases

A SAE pode ser apontada na literatura brasileira como “Processo de Enfermagem” e “Metodologia da Assistência de Enfermagem”, conceituados de maneira a reportarem a um mesmo significado. Em contrapartida, também podem ser aplicados e compreendidos como termos distintos na prática assistencial dos enfermeiros (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Nesta dimensão, Leopardi (2006) assinala que SAE e PE não constituem sinônimos, haja vista que o PE requer uma sistematização consciente do trabalho, seguindo uma metodologia adequada à produção do cuidado. A autora ainda descreve que o PE em sua natureza, faz parte da SAE como método de trabalho do enfermeiro.

No Brasil, o PE foi descrito inicialmente por Wanda de Aguiar Horta em 1970, a qual definiu também suas etapas. Nesta perspectiva, Horta (1979, p. 35) atribuiu ao PE uma “dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas” que se apoia pelo “inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos”. A autora também salienta que as fases deste método abarcam o “histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem”.

Maria, Quadros e Grassi (2012, p. 298) atribuem ao PE, a “representação maior do método científico da profissão, sendo direcionado pela SAE” e, por meio desta atribuição é que acontece o “desenvolvimento e organização do trabalho da equipe”.

O PE é representado, da mesma forma, como método de trabalho que os enfermeiros empregam para planejar a assistência dos pacientes. Assim, ele pode ser considerado sistemático, por se apoiar em etapas inter-relacionadas, obtendo bons indicadores assistenciais e, humanizado,

por atender as necessidades individuais e integrais do ser humano (DEL' ANGELO, 2010).

Nascimento et al (2012, p. 182) narram que o PE estimula o enfermeiro para um “trabalho intelectual” por meio do seu senso crítico e reflexivo. Por consequência, este profissional se torna capaz de questionar suas próprias atitudes, qualificando sua assistência prestada, com base nos conhecimentos científicos.

Como marco fundamental para aplicação do PE por meio da SAE, Crossetti (2008) narra a necessidade de um referencial teórico que tenha aderência ou relação com a filosofia do cuidado no contexto da prática assistencial da instituição.

Neste contexto, a Resolução COFEN Nº 358/09 (COFEN, 2009, p. 3) determina em seu Art. 3º que o PE deve criteriosamente:

[...] estar baseado em um suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados.

Ainda é expressivo salientar que esta Resolução define o PE como um “instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional”. Este recurso deve ser orientado “de modo deliberado e sistemático”, em todos os ambientes que sejam desenvolvidos o cuidado de enfermagem (COFEN, 2009, p. 1).

Neste sentido, Barros e Lopes (2010) reforçam que o PE não estabelece inferência a assistência de enfermagem em si, mas sim a um método que tenciona fornecer uma base lógica para o processo de trabalho do enfermeiro. Assim, para dar seguimento à compreensão do PE na prática assistencial do enfermeiro e poder estruturá-lo, o COFEN (2009, p. 2-3) aponta a divisão deste método em etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, as quais seguem descritas: “Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem”.

2.1.2 Histórico de Enfermagem

O histórico de enfermagem é conceituado por Horta (1979, p. 41) como um “roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano” e neste momento inicial de coleta de dados, cabe ao enfermeiro

estabelecer uma boa interação com o paciente, para que as demais etapas possam ser adequadamente conduzidas. A autora também destaca que nesta fase são identificados os *problemas de enfermagem*, ou seja, condições apresentadas pelo indivíduo, família ou comunidade que exija assistência.

Constituindo a primeira fase do PE, o histórico de enfermagem tem como objetivo maior, a coleta de informações por meio da entrevista, exame físico (inspeção, palpação, percussão e ausculta) e consulta ao prontuário do paciente. Este método se aplica fundamentalmente, para o conhecimento da situação de saúde do paciente ou comunidade, identificação dos seus problemas e necessidades, para então, serem planejadas as demais etapas do PE (CARPENITO- MOYET, 2007).

Segundo a Resolução COFEN N° 358/09 (COFEN, 2009, p. 2), o histórico de enfermagem consiste em um:

[...] processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

Para que o histórico de enfermagem seja efetivo e atenda seus objetivos primordiais, é necessária a construção ou adoção de instrumentos validados, segundo o referencial teórico que o serviço de enfermagem da instituição estabeleceu (ARGENTA, 2011).

2.1.3 Diagnóstico de Enfermagem

A segunda etapa do PE se caracteriza pelo diagnóstico de enfermagem, que é definido pelo COFEN como o “processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa” do PE. Os conceitos diagnósticos representam por sua vez, “as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença”. Assim, o diagnóstico de enfermagem se efetiva como “base para seleção das intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados” (COFEN, 2009, p.2).

Cruz et al (2006) narram que a consolidação da classificação diagnóstica de enfermagem nos serviços de saúde pode ser caracterizada como uma tecnologia assistencial, uma ferramenta para o planejamento

das intervenções de enfermagem, que naturalmente, determinam ações autônomas do enfermeiro nesta prática assistencial.

De acordo com esta ideia, Souza e Valadares (2011) acrescentam que o conhecimento técnico-científico direcionado à formulação dos diagnósticos de enfermagem atribui autonomia ao enfermeiro. Assim, o emprego desta classificação diagnóstica pode ser destacado por oferecer qualidade no contexto assistencial do paciente, sustentado assim, as intervenções de enfermagem por meio de uma abordagem holística.

A utilização de linguagens padronizadas para nomear e classificar os diagnósticos de enfermagem elenca um processo desafiador que objetiva a unificação, comunicação e informação dos julgamentos dos enfermeiros acerca das respostas humanas aos problemas de saúde (SANTOS et al, 2008).

Neste entendimento, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem® (CIPE®) especifica uma ampla classificação de diagnósticos, intervenções e resultados desenvolvida e difundida pelo mundo, como um sistema unificado da linguagem de enfermagem. Trata-se de um programa do Conselho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses – ICN*), que foi concebido para fundamentar uma política de cuidados aos pacientes em todo o mundo. Esta tecnologia permite a comunicação e comparação dos dados de enfermagem entre diversos contextos, países e idiomas, sendo indispensável à sua utilização, o recurso de informática. Nesta perspectiva, a CIPE® é uma ferramenta para gestão e planejamento dos cuidados de enfermagem, que está em constante atualização, objetivando ampliar seus vocabulários para os diversos contextos da profissão (ROSSO; SILVA; SCALABRIN, 2009).

A *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I)³ compreende outra classificação diagnóstica amplamente difundida e internacionalmente conhecida, como fonte consolidada de terminologias para os diagnósticos de enfermagem. Está disponível em vários idiomas, incluindo chinês, dinamarquês, holandês, inglês, francês, alemão, islandês, italiano, japonês, norueguês, espanhol, e português. Ela tem sido utilizada em mais de 20 países do mundo, desenvolvendo uma terminologia para descrever julgamentos que os enfermeiros fazem para planejar a assistência dos indivíduos, famílias, grupos ou comunidades (NANDA-I, 2010).

³Os Diagnósticos de Enfermagem deste estudo seguiram a fundamentação da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I).

No ano de 1990, no decorrer da 9ª Conferência da NANDA-I, a assembleia geral homologou uma definição oficial para o diagnóstico de enfermagem, o qual pode ser entendido por um “julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas da saúde/processos vitais reais ou potenciais”; o diagnóstico de enfermagem possibilita, naturalmente, a seleção das intervenções de enfermagem. Deste modo, a NANDA-I vem proporcionando bases consistentes para a progressão e refinamento destes diagnósticos, além de produzir um sistema conceitual para classificá-los em uma taxonomia. Em 1989, esta associação publicou a Taxonomia I, compreendendo nove padrões de resposta humana, e em 2001 foi publicada a Taxonomia II, com treze domínios, quarenta e sete classes e cento e oitenta e sete diagnósticos (CARPENITO, 2009, p. 24).

A Taxonomia de NANDA II inclui três níveis: *domínios, classes e diagnósticos*. Um domínio representa um estudo, uma esfera de atividade ou interesse. Uma classe é a subdivisão de um grupo maior; uma divisão de coisas ou pessoas por qualidade, grau ou categoria. Um diagnóstico de enfermagem consiste em um julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade. Este julgamento deve ter relação com os problemas de saúde reais ou potenciais (processos de vida), os quais levarão a formulação de intervenções que buscam alcançar resultados nos quais a enfermagem é necessária (NANDA-I, 2010).

Para melhor compreensão da estrutura e classificação dos diagnósticos da NANDA-I, cabe destacar que sua Taxonomia é uma estrutura multiaxial, composta de sete eixos que representam as dimensões das reações humanas. Assim, a NANDA-I (2013) os descrevem na devida ordem:

- **EIXO 1 – Foco do diagnóstico:** integra o componente fundamental e essencial, a raiz do conceito diagnóstico. Descreve a resposta humana que é o elemento primordial do diagnóstico. É agrupado por um ou mais substantivos; quando usados mais de um, seu sentido é interpretado como único e não são considerados separadamente. Alguns casos admitem o uso de um adjetivo, e, mesmo assim, é usado como substantivo para denotar o conceito diagnóstico.
- **EIXO 2 – Sujeito do diagnóstico:** faz menção ao indivíduo, família e ou comunidade para quem é determinado o diagnóstico (indivíduo, família, grupo).
- **EIXO 3 – Julgamento:** descritor que limita ou especifica o fundamento da base do diagnóstico.

- EIXO 4 – **Localização**: representa a parte ou região do corpo e ou as funções relacionadas.
- EIXO 5 – **Idade**: refere à idade da pessoa (sujeito do diagnóstico).
- EIXO 6 – **Tempo**: ilustra a duração do conceito diagnóstico (agudo, crônico, intermitente, contínuo).
- EIXO 7 – **Situação do diagnóstico**: reporta-se a realidade ou a potencialidade do diagnóstico, ou ainda, a sua categorização (real, de promoção da saúde, de risco, de bem-estar).

Considerando os eixos estabelecidos pela NANDA-I (2013), os diagnósticos são classificados⁴ em:

1. **Diagnósticos de Enfermagem Reais**: caracterizam as respostas das pessoas às condições de saúde existentes em indivíduos, famílias ou comunidades, os quais necessitam apresentar características definidoras (manifestações, sinais e sintomas) e fatores relacionados (fatores etiológicos) para serem validados.
2. **Diagnósticos de Enfermagem de Promoção da Saúde**: avaliação clínica da motivação de um indivíduo, família ou comunidade de elevar o bem estar e efetivar comportamentos específicos de saúde humana.
3. **Diagnósticos de Enfermagem de Risco**: certificam um julgamento clínico sobre as respostas humanas às condições de saúde que tem maior possibilidade de ocorrer em indivíduos, famílias ou comunidades vulneráveis.
4. **Diagnósticos de Enfermagem de Síndrome**: julgamento clínico relativo a determinados diagnósticos de enfermagem que aconteçam concomitantemente e que apresentam melhor terapêutica em conjunto e por meio de intervenções similares.

Os Componentes de um diagnóstico de enfermagem para NANDA-I (2013) compreendem o enunciado diagnóstico, definição, características definidoras, fatores de risco e fatores relacionados. O enunciado diagnóstico “estabelece um nome ao diagnóstico e inclui, pelo menos, o foco do diagnóstico (do eixo 1) e o julgamento de enfermagem (do eixo

⁴A NANDA-I não define mais uma categoria de diagnóstico de enfermagem como “diagnóstico de bem-estar”. Esta categoria foi convertida em diagnósticos de promoção da saúde (NANDA-I, 2013, p. 588-599).

3)”. Relaciona-se a um termo ou locução concisa que representa um padrão de pistas relacionadas e que indica um nome para o diagnóstico. A *definição* oferece um detalhamento claro e preciso que traça seu significado e auxilia a diferenciá-lo de diagnósticos parecidos. As *características definidoras* representam “inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real ou de promoção de saúde”. Os *fatores de risco* integram “fatores ambientais, elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos”, que ampliam a vulnerabilidade do indivíduo, família ou comunidade, mediante um evento nocivo. Somente diagnósticos de risco possuem fatores de risco. Por último, *os fatores relacionados*, indicam algum tipo de relacionamento padronizado com o diagnóstico de enfermagem, podendo ser descritos como “antecedentes de, associados a, relacionados a, contribuintes para ou estimuladores” NANDA-I (2013, p. 589).

2.1.4 Planejamento de Enfermagem

A etapa do planejamento de enfermagem é consecutiva à etapa diagnóstica e, nesta perspectiva, o COFEN (2009, p. 3) a define como fase de:

[...] determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

O planejamento de enfermagem abrange o desenvolvimento de estratégias elaboradas para reforçar reações saudáveis ou para prevenir, minimizar ou corrigir reações não saudáveis do paciente, identificadas no diagnóstico de enfermagem ou problemas colaborativos (CARPENITO-MOYET, 2007).

2.1.5 Implementação

A fase de implementação é descrita pelo COFEN (2009, p. 3), como a “realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de planejamento de enfermagem”. Consiste essencialmente em aplicar, realizar na prática, as intervenções que foram elaboradas na fase do

planejamento de enfermagem. É o momento em que toda equipe de enfermagem deve participar ativamente, consolidando as intervenções e possibilitando um vínculo com paciente e ou família.

2.1.6 Avaliação de Enfermagem

A avaliação de enfermagem contempla um “processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana” no momento determinado do processo de saúde doença. Sumariamente, nesta etapa, serão investigadas as consequências das intervenções de enfermagem, considerando os resultados esperados e os alcançados. A partir deste momento avalia-se também a “necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do PE” (COFEN 2009, p. 3).

2.2 TEORIA DA RELAÇÃO PESSOA-PESSOA DE JOYCE TRAVELBEE

Conforme destacado anteriormente, a Resolução COFEN N° 358/09 determina em seu Art. 3° que o PE deve estar apoiado em *um suporte teórico* que oriente a coleta de dados e o estabelecimento das demais etapas do processo (COFEN, 2009, p. 3).

Nesta dimensão, buscou-se essencialmente, estabelecer um *link* desta proposta de dissertação de mestrado em interface à Resolução N° 358/2009 do COFEN que trata sobre a necessidade do PE estar baseado em um suporte teórico. Deste modo, no segundo semestre de 2013, ao realizar a disciplina de Projetos Assistenciais e de Inovação Tecnológica pelo Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, elaborei um projeto de intervenção para prática assistencial, com o objetivo de definir o suporte teórico para o PE na instituição. Esta atividade foi desenvolvida juntamente aos enfermeiros do IPq-SC, onde foi definida a *Teoria da Relação Pessoa-Pessoa de Joyce Travelbee* como referencial teórico para sustentar a proposta de implantação e desenvolvimento da SAE na instituição. A definição desta teoria aconteceu prioritariamente pelas propriedades que emergem das relações entre enfermeiro e paciente, as quais fortalecem as ideias de Travelbee. Esta ligação também representa a construção e estabelecimento do vínculo entre ambos (enfermeiro e paciente). Neste sentido, também é expressivo destacar que em função das premissas básicas da relação pessoa-pessoa de Travelbee serem relevantes na assistência de enfermagem à pessoa com transtorno mental,

ficou estabelecida a sua utilização para fundamentação teórica e sustentação da SAE na instituição.

Joyce Travelbee nasceu em 1926 e exerceu atividades como enfermeira psiquiátrica, docente e escritora. Obteve seu diploma de enfermeira pela Escola do Hospital de Caridade de Nova Orleans, em 1946. Consolidou-se como bacharel em Ciências da Enfermagem, na Universidade Estadual da Lousiana em 1956, realizando o seu curso completo de mestrado na Universidade de Yale, em 1959 (LINARD; PAGLIUCA; RODRIGUES, 2004).

Começou sua trajetória como professora de Enfermagem em 1952, iniciando o Curso de Enfermagem Psiquiátrica na Universidade Estadual de Lousiana, Universidade de Nova York e de Mississipi. Em 1960, começou a publicar artigos em revistas de enfermagem, tendo seu primeiro livro, editado em 1966, com o título *Interpersonal Aspects of Nursing*. Seu segundo livro foi publicado em 1969, com o título *Intervention in Psychiatric Nursing*. Em 1970, Joyce Travelbee foi designada Diretora de Projetos da Escola de Enfermagem do Hotel Dieu, em Nova Orleans. No ano de 1973, na Universidade da Flórida, Travelbee iniciou um programa de doutorado, o qual não pode completar, pois veio a falecer no mesmo ano, com 47 anos. Nesta época era Diretora da Educação Pós-Universitária da Escola de Enfermagem da Universidade Estadual de Lousiana (LEOPARDI, 2006).

Em seus estudos, Travelbee discutiu elementos que constituem a natureza da saúde mental, destacando-se sumariamente, três aspectos: a capacidade para amar, para enfrentar a realidade e para descobrir um propósito ou sentido na vida. A *capacidade para amar* é narrada como fundamental, haja vista que se não nos amarmos, não seremos consistentes em nossa profissão. A *capacidade para enfrentar a realidade* é descrita como uma função do enfermeiro, que necessita auxiliar o paciente a identificar seus problemas, enfrentá-los e, nesta experiência, encontrar soluções para os problemas da vida. A *capacidade de encontrar um sentido na vida* também é entendida como uma função do enfermeiro, que deve estimular o senso crítico e reflexivo do paciente, a fim de que desenvolva mecanismos sustentáveis ao seu sofrimento (TRAVELBEE, 1979).

Neste aspecto, Travelbee (1979, p. 5) define a *Enfermagem Psiquiátrica* como um processo interpessoal:

[...] mediante el cual la enfermera ayuda a una persona, familia o comunidad con el objeto de promover la salud mental, prevenir o afrontar la

experiencia de la enfermedad y el sufrimiento mental y, si es necesario, contribuye a descubrir un sentido a estas experiencias... constituye un proceso interpersonal que se ocupa de personas". Estas personas pueden ser pacientes individuales, familiares o grupos que necesitan la ayuda que la enfermera puede ofrecer.

Para Travelbee (1979, p. 50), o *ser humano* é percebido como indivíduo singular, “único” e insubstituível, que convive e interage com a sociedade diariamente, compartilhando do mesmo sofrimento desta.

Nesse mesmo contexto, Travelbee (1979, p. 5) se refere a *Enfermeiro* como um indivíduo com formação profissional, com capacidade para “ajudar a outras pessoas, famílias e a comunidade a resolver problemas de saúde” e complementa:

[...] debe ser capaz de aplicar un enfoque intelectual disciplinado a los problemas (es decir, no sólo devbe saber cómo pensar sino también debe dominar los hechos, principios y conceptos com los cuales se piensa), combinado com la capacidade para usar su propia persona terapeuticamente (TRAVELBEE, 1979, p. 5).

O conceito de *saúde* para Travelbee (1979, p. 6-7) compreende “um juízo de valor, mais adequado para uma análise psicológica que uma definição científica rígida”. Depende prioritariamente, do conceito de natureza que o homem institui na sociedade. Os juízos de valores relacionados à saúde mental estão determinados, frequentemente, pelo padrão cultural que se vive, “regras ou conceitos de comportamentos ‘apropriados’ dentro de uma sociedade em uma determinada época”. Entretanto, deve-se considerar uma premissa básica: “a saúde mental não constitui somente ‘algo que o indivíduo possui’, mas ‘algo que a pessoa é’, determinada por certos comportamentos e habilidades”.

Travelbee (1979) assinala que a *doença* é uma experiência humana e, nesse sentido, o *ambiente* integra um fator relevante nas condições de saúde/doença. Tal descrição é destacada pelo fato de os indivíduos estarem em constante interação uns com os outros e também com a sociedade.

Pautada nos conceitos fundamentais descritos nos parágrafos anteriores, a construção teórica de Joyce Travelbee está apoiada na *relação pessoa-pessoa*, como um “processo de interação entre dois ou

mais seres humanos, sendo que o resultado desta relação ocorre com a mudança de comportamento de ambos”. Nesse contexto, a comunicação se configura como um elemento fortalecedor para que tal evento aconteça (TRAVELBEE, 1979, p. 52).

O *foco* desta teoria está centrado na relação pessoa-pessoa, possuindo a finalidade primordial de auxiliar ao indivíduo ou família a facear e compreender a experiência do sofrimento pelo qual passa. Assim, pode ser expresso o objetivo de uma assistência focada na compreensão do significado da experiência vivida (LEOPARDI, 2006).

Frente a uma perspectiva totalizante de sua teoria, Travelbee (1979) elenca seus pressupostos de modo que a relação pessoa-pessoa seja estabelecida fundamentalmente para o resgate da saúde do indivíduo, os quais seguem:

- A relação pessoa-pessoa é a essência do cuidado profissional de enfermagem.
- Os seres humanos são únicos e idênticos em sua natureza.
- A maioria das pessoas experimentará em sua vida a alegria, a felicidade e o amor.
- Os seres humanos experimentarão a dor e a doença, e morrerão um dia.
- A quantidade e qualidade do cuidado são influenciadas pela percepção do enfermeiro e paciente.
- O termo paciente e enfermeiro são estereótipos (termo que refere a julgamento, preconceito e rótulos que os seres humanos tendem a desenvolver em relação aos outros) que se desenvolvem para facilitar a comunicação.
- Para criar o relacionamento terapêutico, é necessário ir além dos papéis de enfermeiro e paciente.
- O sofrimento e a doença são experiências espirituais, físicas e emocionais.
- O enfermeiro estabelece o relacionamento por meio da comunicação, possibilitando cumprir a finalidade dos cuidados.
- O enfermeiro auxilia as pessoas a encontrar um significado na sua doença para então, lidar com ela.
- O conhecimento filosófico do enfermeiro auxilia o paciente e a sua família a encontrar um significado na experiência de doença.
- O enfermeiro é responsável por auxiliar o paciente e sua família a encontrar significado no sofrimento e na doença.

Para a Teórica, o fenômeno de auxiliar o paciente a encontrar um sentido na sua doença, está inscrito no eixo fundamental de que a experiência do sofrimento deve propiciar crescimento e desenvolvimento humano. Nesta abordagem teórica, filosófica e existencial, Travelbee (1979) descreve que a relação pessoa-pessoa pode ser criteriosamente estudada, através de quatro conceitos básicos:

1. **Compromisso emocional:** no qual o enfermeiro precisa se comprometer emocionalmente para estabelecer uma relação com o ser humano. Cabe ressaltar, a possibilidade de fatores que interferem em nossa capacidade de comprometimento emocional, porém o reconhecimento e aceitação de si mesmo e a percepção do outro, contribuem neste processo. O compromisso emocional também necessita de conhecimento, introspecção e autodisciplina do enfermeiro associados à liberdade e responsabilidade.
2. **Aceitação:** é referente ao fato do enfermeiro aceitar o paciente como ele é.
3. **Atitude Não Julgadora:** significa a não formulação de juízos morais sobre o paciente, não o culpando por comportamentos inadequados.
4. **Objetividade:** pode ser definida como a capacidade para observar a realidade, excluindo os julgamentos de ordem pessoal. Tal afirmação não deve confluir à imparcialidade, haja vista que esta, pode fragilizar o vínculo ente enfermeiro e paciente.

Travelbee (1979) elenca as fases de sua teoria, de modo a estabelecer um relacionamento interpessoal entre paciente e enfermeiro, como segue o Quadro 1 a seguir:

Quadro 1: Fases da teoria de Joyce Travelbee.

Fases da teoria de Joyce Travelbee	
Fase do encontro original	Estabelece o primeiro contato com a pessoa, que pode ser voluntário ou determinado por eventos que independem do desejo humano.
Fase das identidades emergentes	Ocorre quando os indivíduos envolvidos expressam sua identidade pessoal, valores e significados, de modo que se estabeleça a relação interpessoal.

Fases da teoria de Joyce Travelbee	
Fase de desenvolvimento de sentimentos de empatia	Acontece quando enfermeiro e paciente expressam o desejo de estabelecer um processo de ajuda mútua.
Fase de desenvolvimento de sentimentos de simpatia	Acontece o estabelecimento da confiança no enfermeiro para ajudar o paciente a alcançar seus objetivos, de modo a progredir no tratamento prescrito pela equipe de saúde.
Estabelecimento de Rapport	Fase em que ambos (enfermeiro e paciente) avaliam a relação e os resultados do processo terapêutico.

Fonte: Travelbee (1979).

Leopardi (2006) descreve que a metodologia da assistência em Travelbee elenca o cuidar profissional como processo para averiguar necessidades, validar inferências, decidir quem pode satisfazer as necessidades, planejar o curso da ação e validar o resultado. É um enfoque intelectual disciplinado, um modo resolutivo de problemas a partir dos conhecimentos da Enfermagem. Neste contexto, a autora descreve as cinco etapas para desenvolver a relação pessoa-pessoa no PE, segundo a teoria de Travelbee:

1. **Acesso de dados:** acontece por meio de “observações e inferências sobre a natureza das necessidades, compreensão do indivíduo sobre o que está acontecendo, nível de ansiedade e assim por diante. Comporta as fases de encontro original e de identidades emergentes”. Nesta etapa é realizado o exame físico que é descrito como elemento do processo de interação entre o paciente e o enfermeiro, e acontece após o “estabelecimento da empatia, momento em que ocorre a aceitação mútua” (LEOPARDI, 2006, p. 259).
2. **Diagnóstico:** é orientado para identificação das necessidades e comporta a fase de empatia (LEOPARDI, 2006).
3. **Plano:** concernem os modos observacionais das necessidades e acessos alternativos para o atendimento destas, e “comporta a fase de simpatia” (LEOPARDI, 2006, p. 259).
4. **Implementação:** diz respeito ao atendimento das necessidades através do “processo interpessoal, ainda na

fase de simpatia” (LEOPARDI, 2006, p. 260).

5. **Avaliação:** comporta os resultados frente às alterações de comportamento do indivíduo (LEOPARDI, 2006).

Nessa concepção, cabe dispor uma interface da teoria de Travelbee com as etapas do PE, que são elencadas pela Resolução COFEN Nº 358/2009 (COFEN, 2009) e descritas por Linard, Pagliuca e Rodrigues (2004):

1. Fase do encontro original – Acesso de dados – Histórico de Enfermagem.
2. Fase das identidades emergentes – Diagnóstico de Enfermagem.
3. Fase de desenvolvimento de sentimentos de empatia – Plano Assistencial.
4. Fase de desenvolvimento de sentimentos de simpatia – Implementação.
5. Estabelecimento de *Rapport* – Avaliação.

No momento em que se estabelece o vínculo entre o enfermeiro e paciente, por meio de competência interpessoal, se leva em consideração alguns recursos descritos por Leopardi (2006, p. 258), os quais constituem: o *método direto*, “quando o enfermeiro promove uma interação de ajuda, fazendo questões pertinentes ou explicando logicamente a situação”. E o *método indireto*, “quando o enfermeiro deve evitar confrontação direta, podendo usar parábolas ou o relato de experiências, para abordar uma situação difícil ou inesperada”. Assim, a Enfermagem constrói um processo interpessoal pelo qual enfermeiro auxilia o indivíduo, família ou comunidade, a prevenir ou lidar com a experiência da enfermidade, descobrindo assim, um sentido para estas experiências.

2.3 EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA E O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE UMA SISTEMATIZAÇÃO ASSISTENCIAL: DE 1941 A 2014

A assistência de enfermagem em psiquiatria no Estado de Santa Catarina tem sido objeto de estudos de autores como Borenstein et al (2003), Koerich (2008), Costa (2010) e Borges (2013), entre outros, os quais narraram suas referências em diversas perspectivas e períodos, apontando a transformação de uma enfermagem laica para profissional.

Uma trajetória elencada por lutas, desafios e conquistas teve seu início marcado com a criação do HCS, em 11 de novembro de 1941,

durante o governo interventor de Nereu Ramos (1937 a 1945), marcando segundo Borges (2013, p. 1532):

[...] o início da institucionalização da loucura dentro de uma perspectiva médico-hospitalar de caráter científico em Santa Catarina. Localizado no município de São José (SC), a instituição surge para atender as políticas de saúde pública do período que visavam implantar um serviço de assistência à saúde mental no estado.

Figura 1: Inauguração do HCS em 1941.



Fonte: Acervo do Arquivo do HCS/IPq-SC.

Neste sentido, o HCS foi concebido para atender a uma falha existente no âmbito assistencial às pessoas com transtorno mental em Santa Catarina. As reclusões e o cuidado desumano direcionado a estes indivíduos motivaram um “novo arranjo de ordem social” no estado, implicando assim, na edificação de um hospital que garantisse um tratamento adequado e mais humano. Mesmo assim, toda a política para um cuidado mais adequado não se efetivou, caracterizando a continuidade de uma assistência fragilizada, no molde caritativo e religioso (BORGES, 2013, p. 1532).

Projetado com capacidade para operar com 300 leitos, o HCS recebeu 311 pacientes, em janeiro de 1942, procedentes do Asilo de

Azambuja (Brusque-SC) e do Hospício Oscar Schneider⁵ (Joinville-SC), juntamente com as irmãs da Divina Providência, excedendo assim, sua capacidade inicial, para o qual foi projetado. No ano de 1947, o HCS possuía 428 internos, e este quantitativo foi aumentando nos anos seguintes, progressivamente, sem condições assistenciais, tanto que na década de 1950, registrava uma média de 800 pacientes, chegando em 1967, com 1.773 internos. No ano seguinte, foi listado como um dos hospitais psiquiátricos brasileiros que empregavam os ditos *leitos-chão*⁶ para admissão de novos pacientes. Esse fenômeno de superlotação é condicionado pelo fato do número de altas serem significativamente menores que as admissões hospitalares, evidenciando a gradual cronificação dos transtornos mentais, traduzindo a institucionalização dos pacientes (SERRANO, 1998).

Nessa perspectiva, cabe destacar que o HCS, ao longo dos anos, transformou-se em um ambiente repleto de pacientes, marcado pela negligência, propriedade esta, atribuída a maioria dos hospitais psiquiátricos brasileiros (BORGES, 2013).

Borenstein et al (2003, p. 202) realizaram um estudo que aponta a história do HCS, o contexto da Enfermagem e a situação dos pacientes internados nesta instituição, no período de 1941 a 1960. As autoras assinalam que desde o início do funcionamento do HCS, as irmãs da Divina Providência abarcaram todos os trabalhos desenvolvidos na instituição, a citar:

[...] os serviços de limpeza, cozinha, lavanderia, rouparia, costura, horta, farmácia, até a enfermagem, eram elas que comandavam. Em geral, decidiam sobre tudo e todos, costumavam determinar as necessidades e estabelecer as prioridades e soluções, embora o diretor da instituição estivesse permanentemente presente,

⁵Melo (2002) narra que Padre Lux e o Bispo Dom João Becker, no início do século XX, em 1905, criaram o Hospício de Azambuja (Brusque), com capacidade para 20 pacientes, pensando em abrigar os doentes mentais do Estado de Santa Catarina. Em 1923, em Joinville, passou a funcionar também o Hospício Oscar Schneider, com capacidade para 100 leitos, que posteriormente foi ampliado, chegando a possuir em sua totalidade 250 leitos.

⁶Leitos-chão são caracterizados por camas preparadas no chão da enfermaria, destinados à internação de pacientes excedentes, levando a superlotação (NOTA DO AUTOR).

pois morava em frente ao Hospital, e, ficasse envolvido com a mesma.

As ações de enfermagem eram desenvolvidas pelas irmãs da Divina Providência, por vigilantes e “enfermeiros”⁷, os quais constituíam a equipe de enfermagem. As freiras executavam atividades de supervisão das enfermarias, e ainda assim, assistiam aos pacientes nos “cuidados de higiene, conforto e alimentação”. Realizavam também procedimentos complexos para o período, como administração de injeções, curativos, fluidoterapia, além de “realizar as anestésias, utilizando-se para isto as máscaras de Obredame⁸, nas pequenas cirurgias feitas no Hospital”. Os cuidados aos pacientes masculinos eram realizados privativamente pelos “enfermeiros”, haja vista que as irmãs eram privadas do contato íntimo com os homens (BORENSTEIN et al, 2003, p. 203).

No que se refere ao ingresso dos profissionais de enfermagem ao hospital, as freiras eram encaminhadas pela Congregação da Irmandade da Divina providência. Os “enfermeiros” e os vigilantes eram indicados por outros trabalhadores, escolhidos pelas freiras e conduzidos pelo diretor ao Departamento Autônomo de Saúde Pública (DASP),⁹ para realizar os exames que comprovassem sua aptidão ao cargo. O procedimento de contratação não especificava a “preocupação com o conhecimento desses trabalhadores em relação ao que iriam realizar”. Normalmente eram admitidos para cargos inespecíficos, para somente no futuro, “serem efetivados e finalmente nomeados pelo Estado” (BORENSTEIN et al, 2003, p. 203).

Em seu estudo, que compreende a história da Enfermagem nas décadas de 1950 a 1970, Koerich (2008, p. 67) relata também, que não havia “critério técnico” para avaliação e contratação do pessoal de enfermagem (guardas e vigilantes). Eram levadas em consideração as habilidades físicas e a questão do gênero, pois “os homens eram contratados para cuidar dos pacientes masculinos e as mulheres das

⁷No presente estudo a referência ao enfermeiro prático, sem formação profissional formal, será realizada como “enfermeiro” (entre aspas) (NOTA DO AUTOR).

⁸A máscara de Obredame era colocada sobre a boca e nariz do paciente e este era anestesiado a partir da utilização de éter sobre a respectiva máscara e pela inalação deste, pelo paciente (BORENSTEIN et al, 2003, p. 203).

⁹O DASP, sigla coincidente com outra de organismo federal, foi modificada para DSP (Departamento de Saúde Pública) em 1970 sob a forma autárquica pela Lei n. 4.547, de 31 de dezembro (LOPES; CAETANO, 2008).

pacientes femininas”. Em contrapartida, apenas os homens configuravam o quadro de “enfermeiros” que assistiam aos pacientes sem distinção, porém não se envolviam em “atividades rotineiras, como o banho e a troca de roupa dos pacientes”.

Não há relatos de capacitações realizadas ao pessoal recém-admitido que comporia a equipe de enfermagem no período supracitado, e Borenstein et al (2003, p. 203) referem que de modo geral, “os funcionários mais antigos, costumavam ensinar os mais novos”. As autoras delimitam um indicador para este déficit de formação: o fato de que em Florianópolis, neste período, não existiam escolas/universidades para profissionalização de auxiliares de enfermagem e ou enfermeiros.

Quanto à escassa ou inexistente capacitação e aprendizagem dos profissionais de enfermagem, Costa (2002, p. 140) acrescenta que os trabalhadores do HCS, historicamente eram:

[...] pessoas que receberam como herança e única opção, a possibilidade de trabalhar em psiquiatria. Vivem há longo tempo perto do hospital, numa comunidade que oferece poucas possibilidades de outros empregos, se acostumaram a conviver com a comunidade de pacientes, misturando um pouco da cultura hospitalar com a familiar. São filhos, irmãos, primos ou sobrinhos de funcionários que já trabalharam ou ainda trabalham no hospital e se acostumaram a fazer o que sempre foi feito, acriticamente, sem pensar na possibilidade de “fazer diferente”.

Historicamente, o déficit de capacitação técnica e científica das equipes de enfermagem caracterizou o desenvolvimento de uma categoria servil e acrítica, sem bases para participar dos processos decisórios do hospital e, desse modo, consolidando um cuidado fragilizado (KOERICH, 2008).

Koerich (2008, p. 69) descreve em sua pesquisa, que os “enfermeiros” realizavam atividades como:

[...] escala de serviço, autorizava as trocas de plantão, passava visitas com os médicos, auxiliava os médicos nos partos, laqueaduras e pequenas cirurgias, realizava suturas (quando não havia

médico), aplicava eletrochoques¹⁰, fazia a medicação parenteral, insulino terapia¹¹, fluidoterapia e curativos nos pacientes internados. Também eram responsáveis pela administração de medicação parenteral e curativos em pessoas da comunidade.

Aos vigilantes, incumbia a assistência direta aos pacientes, tais como auxiliar o “enfermeiro” nas atividades, administração das medicações por via oral, alimentação, higiene e conforto, observação dos pacientes internados, além da higienização das unidades. Os guardas eram responsáveis pelo serviço de segurança, além de também auxiliar o “enfermeiro” (KOERICH, 2008).

¹⁰O eletrochoque (ECT) faz parte de um grupo de terapia denominada de convulsoterapia, assim como a insulina e o cardiazol. A convulsoterapia implica na produção de convulsão com base na ideia que de a mesma provoca uma reorganização neuronal e desta forma, atua sobre o comportamento do indivíduo. A terapia com ECT foi introduzida na psiquiatria em 1938, pelos psiquiatras italianos Ugo Cerletti e Lúcio Bini. Caracterizava-se pela passagem de uma corrente alternada, através da caixa craniana durante um breve espaço de tempo, provocando convulsões. Durante a passagem da corrente elétrica, observa-se perda da consciência, bem como espasmo muscular generalizado e finalmente a comatosa, iguais a uma crise convulsiva clássica. A seguir, sobrevinha o sono de alguns minutos, em que o paciente acorda espontaneamente e não se lembrava do que ocorreu. Em geral apresenta-se tranquilo e lentamente ia saindo do seu quadro psiquiátrico agudo. Os eletrochoques são dados geralmente em série de oito a doze sessões, na razão de um por dia, tendo por base a melhora clínica. Excluindo-se certas afecções cardiovasculares, os eletrochoques têm poucas contraindicações. Seu emprego foi consideravelmente restringido após o progresso da psicofarmacologia. (BORENSTEIN et al., 2007, p. 667).

¹¹A insulina foi descoberta por dois médicos canadenses, Frederick Banting e Charles Best, em 1921. Caracteriza-se por ser um hormônio secretado pelas células das ilhotas de Langerhans do pâncreas, responsável pela manutenção do equilíbrio de glicose no corpo. A falta de insulina causa a *diabetes mellitus*, ou hiperglicemia (excesso de glicose), enquanto que o seu excesso natural ou artificial causa hipoglicemia, o qual leva ao coma e a convulsões, devido ao déficit de glicose nas células cerebrais. Na psiquiatria, passou a ser utilizada em 1930, quando Sakel descobriu acidentalmente que, ao causar convulsões com uma dose excessiva de insulina, o tratamento era eficaz para pacientes com vários tipos de psicoses, particularmente a esquizofrenia. Este aperfeiçoou a técnica, que passou a ser chamada de "Técnica de Sakel", para tratar de esquizofrênicos, primeiro utilizada em Viena e posteriormente em 1934, nos Estados Unidos (BORENSTEIN et al., 2007, p. 668).

Para administração dos medicamentos por via oral pelos funcionários, Koerich (2008, p. 72) assinala que as vigilantes e seguranças identificavam os fármacos através de cores e não pelo nome:

[...] mencionaram alguns nomes de medicamentos como haldol, neozine e amplictil, mas não sabiam quando estavam administrando um ou outro medicamento, pois aprenderam a decorar as cores dos remédios, e era essa a forma de identificá-los: “o azulzinho, o rosinha”.

Os profissionais de enfermagem até 1971, além das atividades cotidianas e rotineiras, atendiam os pacientes em intensa agitação psicomotora, os quais muitas vezes eram isolados em celas, onde recebiam apenas alimentação e medicação (KOERICH, 2008).

A *praxiterapia*¹² foi assinalada por Koerich (2008) em seu estudo, como terapêutica empregada pela Enfermagem para reestabelecer às questões sociais do paciente, auxiliando no tratamento. Entretanto, a autora evidenciou a existência de exploração da mão de obra dos internos e a inexistência de acompanhamento técnico das atividades desenvolvidas por eles, até 1980, quando se iniciam formalmente o serviço de Terapia Ocupacional no HCS, com o projeto Terapias Alternativas e a chegada do profissional específico.

De acordo com Borenstein et al (2003, p. 204), as atividades consideradas *praxiterápicas* incluíam a possibilidade de os pacientes participarem nos serviços de:

[...] serraria, olaria, carpintaria, moinho de trigo, matança de suíno, horta, capinação, engenho de cana, mandioca e destilaria, entre outros. Poderiam ajudar inclusive, nas enfermarias, fazendo a limpeza; nos refeitórios, servindo as refeições e até na cozinha e lavanderia. Era comum que em função do reduzido quadro de funcionários da Colônia, os pacientes assumissem as tarefas não como simples participantes, mas como membros efetivos a fim de darem conta do serviço.

¹²A expressão *praxiterapia* foi utilizada “a partir dos anos 40 para caracterizar o emprego do trabalho de pacientes como uma atividade com fins e características terapêuticas nos estabelecimentos psiquiátricos” (KIRSCHBAUM, 1994, p. 339).

Conforme Borenstein et al (2003, p. 203), desde a sua inauguração até os primórdios da década de 1990, os funcionários de enfermagem do HCS “trabalhavam no esquema de plantão de 24 horas, e folgavam 48 horas”, sendo-lhes concedidos 30 dias de férias anualmente. Até a década de 1980, os uniformes eram feitos nas oficinas do próprio HCS e ofertados aos funcionários, duas vezes por ano.

[...] os “enfermeiros” tinham direito a uma calça azul marinho e um jaleco branco, além de um par de sapatos. Os vigilantes recebiam uma farda amarela parda, [...] constituída por calça, camisa, gravata, paletó tipo jaqueta e um quepe. No verão, a roupa fornecida era feita de tecido mais leve. Além disso, recebiam um par de sapatos (BORENSTEIN et al., 2003, p. 203).

No início do funcionamento do HCS, existiam duas enfermarias construídas em duas alas separadas por um corredor central: uma feminina e outra masculina. Ao final na década de 1960, já existiam 15 unidades de internação, possuindo de “60 a 120 leitos” cada, porém sempre excedendo tais limites, caracterizando a máxima de seu início que se configurava na superlotação (KOERICH, 2008, p. 52).

Os pacientes em quadros agudos com exacerbação de sintomas psicóticos ficavam fora das enfermarias durante o dia, caminhando pelo hospital ou permanecendo na sombrinha¹³. Estes indivíduos permaneciam por longos períodos neste local, que não apresentava benefício terapêutico algum. Estes pacientes tinham suas refeições realizadas em dois grandes refeitórios, um masculino e um feminino. As roupas de cama e de uso pessoais eram precárias e em número reduzido, haja vista que muitos pacientes as destruíam. Os banhos eram realizados nos poucos chuveiros, dispostos nos pavilhões das respectivas unidades (BORENSTEIN et al, 2003).

Como se pode perceber, a Enfermagem deste hospital, de 1942 a 1970, teve como característica uma formação laica e religiosa, marcada pela presença das Irmãs da Divina Providência, que além de exercerem suas atividades como dirigentes do serviço de enfermagem, exerciam papel de destaque nos demais serviços hospitalares, e inclusive, na administração do Hospital. Não havia nenhum profissional de nível

¹³Estrutura de “forma arredondada, feito de concreto, com cobertura de telhas e bancos a sua volta, não havia porta” (Borenstein et al, 2003, p. 204).

superior, além dos médicos, o que marcava a laicização dos demais serviços, em especial da enfermagem.

Autores como Borenstein et al (2003), Koerich (2008), Costa (2010) e Borges (2013), entre outros, que se dedicaram a escrever sobre a história da enfermagem no HCS, não referem em seus escritos a existência de qualquer forma de rotina ou protocolos de cuidado na enfermagem, no período de 1942 a 1971. De acordo com Costa (2002), o fazer da Enfermagem era centrado no modelo biomédico, e a assistência se resumia em alimentar, medicar, higienizar e controlar os pacientes, além de participar da aplicação de diversos tratamentos como a aplicação de convulsoterapias (insulina, cardiazol, e o eletrochoque), com papel na contenção da loucura, segurando o paciente com ataduras e camisas de força e encerrando-os em celas.

Rocha (1994) reforça esta percepção referindo que os profissionais de enfermagem psiquiátrica, recebiam pouca ou nenhuma informação científica, chegavam às instituições, normalmente, sem orientação formal,¹⁴ eram introduzidos no cotidiano da assistência, aprendendo a lidar com o desconhecido e com o improvisado. Espelhavam-se no fazer dos outros e repetiam sem questionar o fazer da Enfermagem, que normalmente é condicionado pelas crenças que se têm acerca da doença mental.

Em 1971, o HCS que até então era administrado pela Irmandade da Divina Providência e subordinado à Secretaria de Saúde, foi incorporado à Fundação Hospitalar de Santa Catarina, criada em 1970¹⁵. Com a incorporação do HCS à administração da FHSC, foi contratado em 1971 o primeiro enfermeiro da instituição, Wilson Kraemer de Paula.

¹⁴Biografia do Enfermeiro Wilson Kraemer de Paula. In: COSTA, E.; BORENSTEIN, M. S. Wilson Kraemer de Paula: da trajetória do homem à história da Enfermagem psiquiátrica catarinense História da Enfermagem. Rev. Eletrônica. 2010 (1): 24-34 [acesso 2012 Jun 18]. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n1vol1ano1_artigo2.pdf>.

¹⁵A Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC) foi instituída pela Lei n. 3765, de 15 de novembro de 1965. Sofreu alterações pela Lei n. 4547, de 31 de dezembro de 1970, dispondo sobre reformas administrativas e dando outras providências com o objetivo de executar a política de saúde, organizando e operando uma rede hospitalar na defesa de saúde e assistência médico-social. O HCS foi instituído pelo Decreto-Lei n. 416, de 30 de janeiro de 1940, e incorporado à FHSC pelo Decreto n. SES-09, de 24 de março de 1971, que aprova a reforma dos estatutos da Fundação (LOPES; CAETANO, 2008).

Cabe destacar que a criação da FHSC e a sucessiva incorporação do HSC à sua administração atendiam a um plano do governo estadual, que pretendia a reestruturação de todo o sistema de saúde em Santa Catarina, de modo especial na atenção ao doente mental, acompanhando um momento mundial de transformação da assistência psiquiátrica, iniciado na Itália por Franco Basaglia (COSTA, 2010).

Segundo Costa (2010), a entrada do primeiro enfermeiro no HSC, em 1971 significou o fim da Enfermagem leiga e o início da Enfermagem profissional. A partir desta ruptura, de acordo com a autora, houve uma preocupação em organizar os serviços e as atividades realizadas pelos profissionais de enfermagem, bem como a entrada de novos profissionais, entre os quais, outros enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Outro ponto importante de mudança advinda da entrada do enfermeiro foi a humanização da assistência psiquiátrica, na qual o Enfermeiro Wilson protagonizou o fim de várias atividades realizadas de forma inadequada, como o encarceramento de pacientes nas celas, combateu os maus tratos, as punições e promoveu a extinção da insulino terapia. Ainda, nesta perspectiva, este enfermeiro, elaborou a rotina para a aplicação de ECT, na qual constava que o mesmo deveria ser realizado em sala própria e por um auxiliar de enfermagem e não mais pelos seguranças.

Borenstein et al (2007) realizaram um estudo sobre as terapias empregadas no HCS, as quais incluem Cardiazol, a insulino terapia e o eletrochoque. A autora descreve que o uso do Cardiazol como terapêutica empregada aos pacientes internados no HCS, provocava convulsões e minimizava os sintomas psicóticos (choque cardiazólico). Pelos riscos e graves eventos adversos causados por esta terapia, seu emprego foi pouco utilizado no HCS.

Costa (2010) assinala que a insulino terapia se constituía em uma terapia realizada pelos trabalhadores de enfermagem, que induzia o paciente a crises convulsivas, reduzindo assim, o quadro psiquiátrico produtivo. Por ser uma técnica bastante questionável, pautada na ausência de cientificidade e iminência de riscos, foi extinta no HCS em 1971, por intervenção do enfermeiro Wilson Kraemer de Paula.

De todos os tipos de convulsoterapias utilizadas no HCS, a que mais ganhou notoriedade foi a ECT, devido a forma como historicamente foi realizada (no chão e por qualquer pessoa, inclusive com a ajuda de outros pacientes). No entanto, de acordo com Costa (2010), a insulino terapia foi uma técnica extremamente agressiva, bastante utilizada no HCS, e também de forma inadequada, provocando graves problemas aos pacientes. A autora explica que o fato desta última ser menos conhecida, comentada e estigmatizada do que a primeira, está

assentada na forma como era feita, ou seja, no leito e com a utilização de uma seringa, o que contribuiu para formalizar uma ação terapêutica, enquanto que os riscos apresentados por ambas eram potencialmente perigosos.

Em 1973, a ECT foi alvo de elaboração de uma nova rotina, desta vez, passando a ser obrigatoriamente prescrita no prontuário do paciente pelo médico, realizada em uma sala adequada, com material e medicamento específico para reanimação cardiopulmonar, além de exigir a presença de um médico e um enfermeiro durante a sua realização. Mesmo assim, a força do poder médico ou a permissividade da enfermagem, contribuiu para que a rotina não fosse seguida e a ECT continuava, embora em menor quantidade, a ser prescrita pelo médico e aplicada pela enfermagem. Em 1978, a rotina do ECT foi reavaliada e retomada a questão da obrigatoriedade de ser aplicada por médico, e mais uma vez, esta determinação não foi cumprida efetivamente, com a convivência dos trabalhadores de enfermagem (COSTA, 2010).

Como se pode observar, a rotinização e a regulamentação para a aplicação da ECT foi alvo de várias tentativas por parte dos enfermeiros, e, embora tenham sido falhas, seu uso foi diminuído paulatinamente. Somente em meados da década de 1980, foi solicitado pelos enfermeiros do HCS, um parecer ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN), sobre a responsabilidade da enfermagem na execução da ECT. O COREN emitiu uma resposta discriminando que a aplicação desta técnica, não configurava um procedimento de enfermagem e, deste modo, como os médicos não assumiram a aplicação, apesar de continuarem prescrevendo, a ECT foi extinta do HCS em 1985.

Na década de 1980, um trabalho de destaque realizado pelos enfermeiros no HCS foi a rotina de combate e controle de pediculose e escabiose, haja vista que muitos dos pacientes que internavam na instituição, chegavam infestados por estes parasitas. Este evento marcou efetivamente o controle destas e outras infestações no hospital¹⁶.

Costa (2010) assinala que com a chegada dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem no HCS, as freiras que desenvolviam suas atividades administrativas, os “enfermeiros” que supervisionavam e

¹⁶Este foi um trabalho muito bem sucedido do Serviço de Enfermagem juntamente com o Serviço de Limpeza e Zeladoria do HCS, e foi apresentado no Congresso Brasileiro de Enfermagem realizado em Brasília – DF (PEREIRA; BORENSTEIN; ERDAMNN, 1992) e publicado na *Revista Brasileira de Enfermagem* (PEREIRA; BORENSTEIN; ERDAMNN, 1994; COSTA, 2010, p.188).

exerciam o cuidado e os guardas que assistiam aos pacientes, foram gradativamente sendo substituídos e ocupando novos cargos, dando vez à profissionalização da enfermagem na instituição.

Em 1995, o HCS recebeu uma vistoria de técnicos do Ministério da Saúde, a qual pode ser interpretada como “reverberação das denúncias que ultrapassaram o espaço asilar e repercutiram na sociedade, revelando o horror da vida no hospício”. Essa visita teve como suprassumo um possível descredenciamento do hospital, o que provocaria seu fechamento e a consequente transferência dos pacientes internados para outras instituições do Estado. Entretanto, esse descredenciamento não se efetivou. O Ministério da Saúde determinou um planejamento para melhorias assistenciais no HCS, objetivando a manutenção do seu credenciamento junto ao Sistema Único de Saúde (BORGES, 2013, p. 1543).

Esse novo arranjo dentro da assistência psiquiátrica catarinense em função do escândalo provocado pela vistoria ministerial em 1995, que desvelou o “inferno” vivido pelos pacientes, pode ser entendido como marca do processo nacional de reforma psiquiátrica. Em 1996, o hospital passa a se chamar Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPq/SC). Apesar de ocupar o mesmo espaço físico da velha colônia, a mudança de nome corrobora o esforço empreendido para que o antigo modelo assistencial, pautado pela superlotação e pelo sofrimento, seja superado. Buscam-se internações de curta permanência e políticas de desinstitucionalização dos pacientes remanescentes, atendendo a Lei da Reforma Psiquiátrica¹⁷ (BORGES, 2013, p. 1544).

¹⁷O final da década de 1970 é referenciado como início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. Neste contexto, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) se elencou por integrantes do movimento sanitário, de associações de familiares, sindicalistas, membros de associações profissionais e por indivíduos com histórico de internações psiquiátricas. Tal movimento protagonizou e construiu a partir deste período, a denúncia da assistência inadequada realizada nos manicômios. Então, se efetiva a construção coletiva da crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo centrado no hospital para assistência às pessoas com transtornos mentais. A Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a

Seguindo a necessidade de adequação das ferramentas assistenciais dispostas na instituição, em 1996, foram construídas, no mesmo espaço físico, duas novas unidades assistenciais: o **Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPq-SC)**, com 160 leitos para internação de pacientes em surto psiquiátrico grave, com proposta de internação de curta permanência, e o **Centro de Convivência Santana (CCS)**, com os leitos dos pacientes remanescentes da antiga instituição, os quais passaram a ser alvo de políticas de desinstitucionalização. Dos 600 pacientes que existiam na instituição em 1995, atualmente ainda se encontram no CCS, 150 pacientes que aguardam retorno para seus domicílios e ou serviços extra-hospitalares (SANTA CATARINA, 2008).

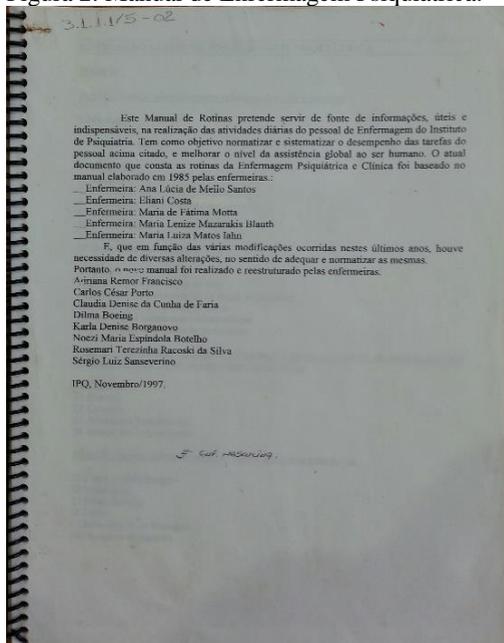
Recortes históricos identificam que a entrada do primeiro enfermeiro na instituição, marcou modificações na prática assistencial da enfermagem, bem como a desconstrução de velhos paradigmas. Neste sentido, a evolução da enfermagem psiquiátrica profissional continuou com a chegada de outros enfermeiros, de modo que se promoveram lapidações significativas no processo das práticas assistenciais. Para enfatizar tais descrições, existe nos arquivos na Instituição, o registro do primeiro Manual de Enfermagem, criado em 1985, no qual está descrito de forma sumária, as técnicas de enfermagem clínica, além da descrição do organograma do serviço de enfermagem, com as funções de cada setor. Apesar de o manual ter sido criado para a enfermagem psiquiátrica, não conta neste documento, nenhuma técnica referente a esta especialidade.

Em 1997, foi construída coletivamente pelos enfermeiros do hospital, uma nova edição do manual supracitado, constando de rotinas administrativas e assistenciais da equipe de enfermagem, sendo especificados planos assistenciais de ordem clínica e psiquiátrica aos

proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, porém não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. Contudo, a promulgação da lei 10.216 impõe novo impulso e ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. A década de 1990 foi marcada pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. É no contexto da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2005 p. 7).

pacientes internados. Uma rotina incluída neste manual foi o *Roteiro de entrevista do serviço de enfermagem*, no qual faço analogia à primeira etapa do PE. Também foi direcionada a atenção sobre o cuidado com as medicações psicotrópicas (modo de preparo e administração), exame das funções psíquicas, técnicas para realização da contenção mecânica, intervenções de enfermagem na realização de curativos, rotinas para prevenção de fuga, rotinas para o tratamento de pediculose e escabiose, atividades terapêuticas realizadas pela equipe enfermagem com os pacientes, rotinas para desinfecção de materiais, reuniões mensais ou quinzenais do enfermeiro supervisor com as equipes de enfermagem, entre outras (CEDOPE/HCS¹⁸).

Figura 2: Manual de Enfermagem Psiquiátrica.



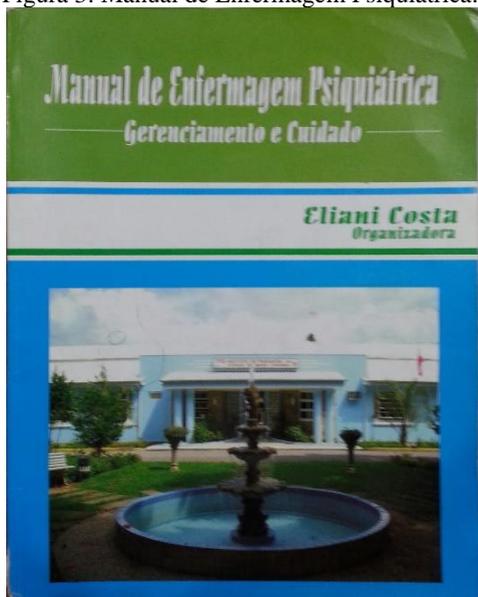
Fonte: Acervo do IPq-SC (1997).

¹⁸O CEDOPE (Centro de Documentação e Pesquisa) é decorrente de um Projeto Histórico: “História, Memória e Loucura”, que resultou de uma parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), cujo objetivo é recuperar, preservar e divulgar o patrimônio e história da psiquiatria catarinense, composto por documentos textuais, fotográficos, bibliográficos, objetos museológicos e edificações, entre outras (NOTA DO AUTOR).

Outros dois manuais surgiram somente na década de 2000, se constituindo em uma produção mais elaborada dos temas incluídos nos manuais antigos, contemplado as rotinas e práticas de enfermagem psiquiátrica, sustentadas por bases técnicas e científicas. Ambos os Manuais foram construídos coletivamente pelos enfermeiros, editados e publicados com o Título de *Manual de Enfermagem Psiquiátrica: gerenciamento e cuidado*, sendo a primeira versão publicada em 2005, e a segunda em 2011.

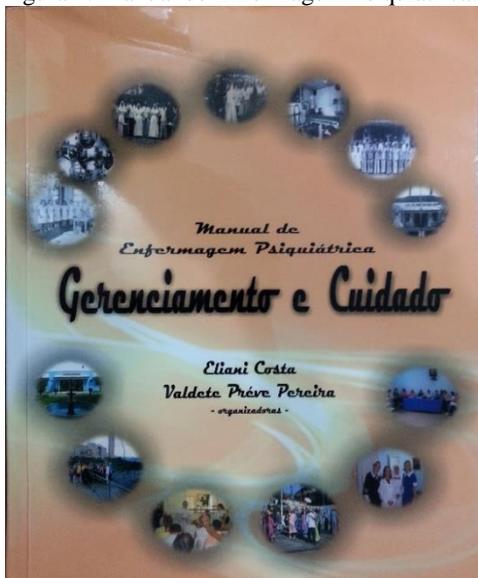
Os manuais descritos indicam que os enfermeiros do IPq-SC, ao longo dos anos, desde o início da profissionalização do serviço, vêm buscando aproximar-se da cientificidade da Enfermagem, por meio da organização de seu saber-fazer. Entretanto, os referidos documentos não estão de acordo com a determinação prescrita na Resolução COFEN N° 358/2009, uma vez que não inclui as etapas do PE.

Figura 3: Manual de Enfermagem Psiquiátrica: Gerenciamento e Cuidado.



Fonte: COSTA (2005).

Figura 4: Manual de Enfermagem Psiquiátrica: Gerenciamento e Cuidado



Fonte: COSTA; PEREIRA (2011).

Atualmente o quadro de enfermeiros no IPq-SC é composto por 23 profissionais, os quais atuam nas áreas de gestão e assistência direta ao paciente. Como descrito anteriormente, o PE não é executado sistematicamente, em todas as suas fases. Deste modo, é realizada uma entrevista de admissão com o paciente, sem que haja o seguimento de um roteiro padronizado. Neste momento são estabelecidas as prioridades do atendimento ao paciente, de acordo com os problemas iminentemente observados. Na continuidade da assistência, o enfermeiro mantém a observação do paciente e prescreve algumas intervenções de acordo com sua avaliação, incluindo aí, o registro de intercorrências diárias no prontuário físico do paciente.

Além das atividades assistenciais, os enfermeiros têm como rotina, a realização de uma reunião semanal, juntamente com a Gerente de Enfermagem, na qual são discutidas várias questões gerenciais e assistenciais de todas as unidades de internação. São questões referentes aos pacientes e servidores da equipe de enfermagem, além de rotinas de enfermagem propriamente ditas, a fim de estabelecer os encaminhamentos necessários. Cada encontro é coordenado por um enfermeiro, de modo que todos exerçam a prática de gerenciamento e estejam inseridos no contexto holístico das funções deste profissional.

Nestes encontros também são estimulados o senso crítico e reflexivo acerca da assistência de enfermagem ao paciente psiquiátrico internado, suas facetas e também a possibilidades de qualificar o cuidado prestado, buscando promover segurança aos pacientes, o que se configura em uma preocupação relevante dos enfermeiros, visando prevenir iatrogenias.

Frente ao exposto, destaco que os enfermeiros do IPq-SC estão intimamente comprometidos com a busca e a construção contínua e primordial de uma assistência qualificada, direcionada à pessoa com transtorno mental, resgatando um significado para suas ações de enfermagem e construindo um caminho adequado à terapêutica de cada indivíduo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO FOUCAULTIANO

Para construção do conhecimento, é necessário que se tenha fundamentado um referencial teórico. Neste entendimento, Severino (2007, p.131) aponta que “os referenciais teórico-metodológicos são instrumentos lógico-categoriais” que sustentam os trabalhos investigativos buscando evidenciar as categorias totalizantes dos fenômenos abordados e discutidos. Em algumas ocasiões, tais categorias incorporam paradigmas específicos, sendo que em outros momentos, buscam definir “as categorias explicativas” para analisar os fenômenos que são objetos de pesquisa.

Desta forma, o referencial escolhido para contribuir com a necessária e posterior análise desta pesquisa, foram estudos desenvolvidos pelo filósofo e historiador francês Michel Foucault, que tratam sobre o *saber/poder e verdade*.

A relevância em conhecer a filosofia de Michael Foucault possibilita um profícuo conhecimento às áreas da saúde. Isso se consolida ao fato de tais pensamentos terem em sua essência as relações de saber/poder e verdade, que operam nos diversos contextos sociais. Os estudos de Foucault projetam responder e sintetizar o surgimento dos saberes e de que forma estes se transformam. Nesse mesmo contexto, se pode descrever que o discurso compõe o saber enquanto matéria, ou seja, o discurso constitui uma expressão física do saber, a citar, a escrita e ou a fala (FOUCAULT, 2007).

Michel Foucault (1926-84), historiador e filósofo francês, nasceu em Poitiers, formou-se na *École Normale Supérieure*, em Paris. Lecionou em escolas da Alemanha, Suécia e Argélia e regeu várias cadeiras nas universidades de *Clermont-Ferrand* e de *Vincennes*, até ser nomeado professor de História dos Sistemas de Pensamento no *Collège de France* (1970 a 1984), em Paris. Michel Foucault é concebido pela sociedade científica como um dos filósofos contemporâneos mais estimulantes e polêmicos. O autor representa e assume um discurso sobre temas intrínsecos ao olhar crítico sobre si mesmo, além de promover manifestações coerentes que projetam uma cultura social inovadora e contestadora. Suas obras contextualizam uma filosofia do conhecimento, e suas concepções sobre o *saber/poder e verdade*, romperam com as ideias modernas desses termos, tratando-os de forma análoga ao que juridicamente foi percebida. Foucault contextualiza e questiona a inexistência de uma verdade absoluta e se apoia na descrição de diferentes verdades sobre uma realidade, conforme o dado momento, que atendem as necessidades de poder (STRATHERN, 2003).

As formulações epistemológicas realizadas pelo filósofo Michel Foucault na esfera das ciências sociais conduzem ao entendimento de que, as relações de poder determinam a produção de saberes, e também o conhecimento. Se o discurso produz o saber por meio de sua manifestação física, cabe ressaltar que saber e conhecimento são diferentes, segundo Foucault. Conhecimento equivale a um profundo método de coerência, diagnóstico e classificação dos objetos, o que caracteriza sua densidade. Já o saber, está em frequente mudança e é ligado ao conceito de poder na sociedade (FOUCAULT, 2007).

De acordo com Michel Foucault, não existe essencialmente, uma teoria do poder, porém há uma compreensão de que este se constitui histórico e localizado. Em suma, cria-se o instrumento teórico a partir das especificidades. Portanto, apesar de o poder não ser considerado pelo próprio autor, uma teoria, suas concepções sobre o saber, poder e verdade e constituição do sujeito adquiriram conceitos significativos e peculiares em sua visão, que tradicionalmente vêm sendo utilizada como referencial teórico em múltiplos estudos, com destaque na área da saúde, na qual as relações de poder-saber e verdade se estabelecem de forma contundente, histórica e cotidianamente (FOUCAULT, 2007).

Com base nos parágrafos supracitados, destaca-se então, a escolha pelo referencial teórico de Michel Foucault para este estudo. Substancialmente, pelo fato de que explorar suas concepções filosóficas possibilitou encontrar o fundamento para o processo de construção coletiva e análise dos resultados obtidos nesta pesquisa, a partir das suas concepções de saber/poder e verdade no cotidiano dos enfermeiros, mais especificamente, no processo de construção coletiva da SAE no IPq-SC.

Portanto, seguem-se alguns aspectos essenciais da abordagem teórica de Michel Foucault a serem utilizados no decorrer do desenvolvimento deste estudo.

3.1 SABER/PODER E VERDADE

Michel Foucault (2004) descreve que há uma íntima relação entre o saber e o poder no contexto social, se configurando como binômio, em que ambos se exercem mutuamente. De acordo com o filósofo, o discurso que organiza a sociedade é aquele que possui o saber, e nesse sentido, se define o sujeito que domina ideologicamente o coletivo. Foucault também faz uma analogia entre as relações de saber e poder nas sociedades modernas, objetivando a produção de verdades, cujo interesse peculiar é a dominação do homem. O autor assinala a relação entre saber e poder como uma espécie de reciprocidade, entretanto assinala que “o exercício

do poder cria perpetuamente saber e, inversamente, o saber acarreta efeitos de poder”, ou seja, o poder e o saber se constituem e se relacionam (FOUCAULT, 2007, p. 80).

Foucault explora que a mecânica do poder é particular e permeia toda a sociedade, que ela existe no próprio corpo do indivíduo e na vida cotidiana e, dessa forma, é caracterizado por micropoder. Contudo esse micropoder não é gênese do Estado, mas sim do conhecimento de sua produção, onde se formam os saberes e o próprio indivíduo (FOUCAULT, 2007).

Para Foucault (2007) o poder não deve postular a soberania do estado, a forma da lei ou uma unidade de dominação, pois estas são formas terminais de poder. O filósofo faz uma distinção entre a visão tradicional de poder que ele chama de *jurídico-discursiva*, e a visão de poder em sua concepção. Na primeira, isto é, na visão *jurídico-discursiva*, o poder é tido como algo que é possuído por alguém, que uns possuem e outros não, e cada um pode utilizá-lo como bem lhe convém. Nesta visão o poder é visto como algo a ser administrado, que é dado, que proíbe, pode ser comandado de forma racional e está centrado na lei. Essa concepção possui duas características fundamentais: uma é que o poder sempre se exerceria em uma relação negativa, significando rejeição, ocultamento, exclusão; e a outra que o poder seria exatamente o que dita a regra, a lei, reduzindo tudo ao binômio lícito-ilícito.

Na visão Foucaultiana de poder, este é algo microfísico, que se faz em rede que circula e permeia todos os espaços. Para Machado (2007) o poder na visão de Foucault é algo que possui existência própria e formas específicas em nível mais elementar e não uma dominação global e centralizada que se pluraliza e repercute em outros setores da vida social, de modo inteiro e homogêneo.

Para o filósofo francês devemos entender o poder como:

[...] a multiplicidade das correlações de força imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização; o jogo que, por meio de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte; os apoios que tais correlações de força encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas ou ao contrário, as defasagens e contradições que as isolam entre si, enfim, as estratégias em que se originam e cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação da lei,

nas hegemonias sociais (FOUCAULT, 1988, p. 102).

Substancialmente o poder compreende um conjunto de ações sobre ações possíveis, uma relação que só existe como tal e opera sobre o campo de possibilidade em que se inscreve o comportamento dos sujeitos ativos. Para Foucault (1995, p. 243), o poder:

[...] incita, induz, desvia, facilita ou torna mais difícil, amplia ou limita, torna mais ou menos provável; no limite ele coage ou impede absolutamente, mas é sempre uma maneira de agir sobre um ou vários sujeitos ativos, e o quanto eles agem ou são suscetíveis de agir. Uma ação sobre as ações.

Foucault (1995, p. 244) descreve que “o poder só se exerce sobre sujeitos livres, sejam eles individuais ou coletivos, que tem diante de si um campo de possibilidade onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer”.

Para Foucault (1988), onde há poder há resistência, e por esse motivo as resistências estão sempre presentes nas relações de poder e só existem no campo estratégico das relações de poder. Apesar de os pontos de resistência estarem presentes em todas as redes de poder, eles não representam o avesso do poder, mas outro termo no processo intrincado dessas relações de poder, e são distribuídas de modo irregular. Estamos sempre *dentro* do poder, como sugere Foucault, assim como não há relação de poder sem resistências:

[...] portanto, não existe, com respeito ao poder, um lugar da grande recusa – alma da revolta, foco de todas as rebeliões, lei pura do revolucionário. Mas sim resistências, no plural, que são casos únicos: possíveis, necessárias, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas, arrastadas, violentas, irreconciliáveis, pronta ao compromisso, interessadas ou fadadas ao sacrifício; por definição, não podem existir a não ser no campo estratégico das relações de poder. [...] Elas são o outro termo nas relações de poder; inscrevem-se nestas relações como o interlocutor irredutível. Também são, portanto, distribuídas de modo irregular: os pontos, os nós, os focos de resistência disseminam-se com

mais ou menos densidade no tempo e no espaço, às vezes provocando o levante de grupos ou indivíduos de maneira definitiva, inflamando certos pontos do corpo, certos momentos da vida, certos comportamentos (FOUCAULT, 1988, p. 91-92).

O poder somente se exerce a partir de uma nítida relação com a produção do saber e da verdade. Foucault (2003) refere que, para se compreender como o saber/poder e a verdade estão intimamente imbricados, precisa-se primeiro admitir que todo o poder produz algum saber.

A verdade historicamente concebida por Foucault é visualizada frente à questão da descontinuidade dos saberes, não se propondo exatamente um conformismo, mas atestando que as mudanças em determinados momentos não correspondem à maneira tranquila de como se tratam os saberes em prol da cientificidade. Nessa perspectiva é necessário ater-se ao que prescrevem os enunciados e como são prescritos. No entanto, a verdade é produzida no interior dos discursos, não existe fora do poder ou sem poder. A verdade é pertencente a este mundo, sendo estabelecida nele e produzindo efeitos regulamentados de poder (FOUCAULT, 2007).

Foucault (2007) entende por verdade um conjunto de procedimentos regulados para a produção, repartição, circulação, lei e funcionamento dos enunciados. Ela está ligada circularmente aos sistemas de poder, que acabam por produzi-la e apoiá-la, e também a efeitos de poder (regimes de verdade) que a induzem e que a reproduzem. Os regimes de verdade são indispensáveis às dominações, que, por sua vez, são efeitos das relações de poder.

A verdade é concebida pelo expandir do conjunto de procedimentos que têm a função de estabelecer a produção dos enunciados ou do discurso.

As relações de *saber/poder e verdade* constituem-se em uma tríade, na qual cada ponta é independente, associando-se e apoiando-se mutuamente para construção do conhecimento. O poder produz saber, sendo a recíproca, também verdadeira, constituindo-se assim, verdades, que não existem fora do poder ou sem ele.

Essa relação não deve ser analisada a partir de um sujeito do conhecimento, que seria ou não, livre em relação ao sistema de poder, mas é preciso considerar o que o sujeito que conhece os objetivos e as modalidades de conhecimento constitui-se em outros tantos efeitos destas

implicações fundamentais do saber/poder e de suas transformações históricas. Para Foucault (2005, p. 27) “não é a atividade do conhecimento que produziria um saber, mas os processos e as lutas que o atravessam e o constituem que determinam as formas” e também os possíveis campos do conhecimento.

Segundo Foucault (2007), em nossa sociedade, a verdade tem cinco características peculiares:

1. Está centrada no discurso científico e nas instituições que o produzem;
2. Está submetida a uma constante incitação econômica e política;
3. É objeto de uma imensa difusão e de consumo;
4. É produzida sob o controle dominante de alguns aparelhos políticos ou econômicos (universidade, meios de comunicação, escolas, centros de pesquisa);
5. É objeto de debate político e de confronto social.

Nesse sentido, o intelectual tem um expressivo papel para a produção da verdade e vive dentro de uma luta em prol dela, a fim de mostrar que a sua verdade é a essencial e a mais verdadeira.

Não há possibilidade de exercício do poder sem certa economia dos discursos de verdade. Somos submetidos pelo poder à produção da verdade e somente assim podemos exercê-lo. Historicamente a sociedade desenvolveu vários mecanismos para extrair a verdade, desde os suplícios, a confissão, evoluindo aos sistemas modernos. Porém, em todos os tempos e formas, os procedimentos de poder, em si, não pararam de interrogar, registrar e institucionalizar a busca da verdade, pois o poder profissionalizou a verdade e sempre a recompensou. Estamos submetidos à verdade, na medida em que ela é a lei e produz o discurso verdadeiro, que transmite e produz efeitos de poder, pois “somos julgados, condenados, classificados, obrigados e desempenhar tarefas e destinados a certo modo de viver ou de morrer em função dos discursos verdadeiros, que trazem consigo efeitos específicos de poder” (FOUCAULT, 2007, p. 101).

3.2 APROXIMAÇÃO DO REFERENCIAL FOUCAULTIANO COM A PROPOSTA DE ESTUDO

O referencial Foucaultiano se insere em uma perspectiva de discussão e análise do tema proposto, corroborando o saber/poder e verdade dos enfermeiros na viabilidade de construção de um saber coletivo para implantação da SAE no IPq-SC.

As ideias de Michel Foucault instigam os campos da ciência, o que justifica a inclusão de suas obras nos diversos cenários profissionais. A peculiaridade de seus pensamentos aponta à elementar percepção das relações interpessoais na sociedade e, como parte desta, o universo de pesquisa e participantes deste trabalho.

Destaca-se expressivamente que o estudo deste referencial teórico representa uma busca incessante da compreensão de seus pensamentos, bem como um desafio acadêmico persistente e laborioso. Entretanto, essa busca me fez refletir sobre as relações de saber/poder e verdade frente às ações de enfermagem na instituição, onde atuo como enfermeiro. Permitiu-me criar um *link* destas ações às resistências intrincadas pelas equipes de trabalho, além de estabelecer uma profícua construção de outros saberes.

Tais relações de saber/poder e verdade, conforme descritas anteriormente neste trabalho, fundamentadas pelos pensamentos do filósofo francês, exprimem uma necessidade de resgatar, historicamente, as verdades dos enfermeiros deste local de estudo, de modo que se possam desconstruir paradigmas e implementar novos saberes.

Nesse contexto, ratifica-se a necessidade das concepções da enfermagem ser lapidadas a partir da visão holística dos enfermeiros, sobre algumas verdades totalmente enraizadas ao longo da história, e que contemporaneamente necessitam ser modificadas e intuídas nas práticas diárias, como verdade vigente.

A percepção do autor deste trabalho sobre a realidade da enfermagem, incitada pela leitura das obras de Michel Foucault, possibilitou um *olhar para trás* e perceber que as verdades são modificadas pela interferência do tempo, são modificáveis, passíveis de transformação. A característica desta profissão que alia à prática assistencial ao rigor científico nos diferentes campos políticos e sociais, se organiza, construindo para si, arsenais técnicos e teóricos para sua consolidação nos cenários onde se estrutura, seja ele nacional e ou internacional. Todo conhecimento produzido pela Enfermagem implica em sustentação da sua posição no cenário coletivo da ciência. E isso é concebido através da perspicácia do saber/poder, verdade, construídos na presença das resistências, que ao longo dos tempos, naturalmente são transformadas.

Contudo, outro fato que relaciona e torna possível a análise desta pesquisa pelos pensamentos de Michel Foucault, é o seu entendimento de poder, que possibilita uma maior compreensão das relações e dos diferentes exercícios e embates em que estamos continuamente inseridos. Foucault concebe a ideia de poder em uma visão de possibilidades,

processos, movimentos, nos quais desvelamos a produção de saberes e novas verdades, valorizadas nos diversos campos da saúde, e, neste caso, mais especificamente direcionado à Enfermagem.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa na modalidade de Pesquisa-Ação. Nesta concepção, tal abordagem se pauta na harmonização sistemática e subjetiva que possibilita descrever as experiências de vida e suas significações. Sua investigação estimula uma visão abrangente do mundo, indicando a inexistência de uma realidade singular, sendo as percepções, peculiares a cada pessoa e passíveis de mudanças (BURNS; GROVE, 2006).

A Pesquisa-Ação, por sua vez, tem sido empregada de modo heterogêneo, a partir de inúmeras finalidades, “passando a compor um vasto mosaico de abordagens teórico-metodológicas, instigando-nos a refletir sobre sua essencialidade epistemológica, bem como sobre suas possibilidades como práxis investigativa [...]”. Não obstante, a pesquisa-ação também configura uma ação de caráter científico para a prática educativa, mediante “[...] princípios éticos que visualizam a contínua formação e emancipação de todos os sujeitos da prática” (FRANCO, 2005, p. 483).

Thiollent (2008, p. 16-17) assinala que “toda pesquisa-ação é participativa”, de modo que o envolvimento das pessoas “implicadas nos problemas investigativos” é fundamentalmente oportuno. Nesse sentido, o autor define a pesquisa-ação, como:

[...] um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema, estão envolvidos de modo cooperativo e colaborativo.

Franco (2005) descreve que a pesquisa-ação está centrada em uma dimensão onde a pesquisa, aliada à ação, necessitam obrigatoriamente, caminhar lado a lado, quando o objetivo é direcionado a transformações na prática.

No que se refere às transformações, Pessoa et al (2013, p. 312) corroboram que a pesquisa-ação abarca subsídios elementares para o planejamento e manifestação de processos e ações em um “diálogo crítico e problematizador das fragilidades, necessidades, mecanismos de

superação e adaptação às novas realidades que emergem no contexto de mudanças”.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina, inaugurado em 1996, uma instituição pública, de grande porte, voltada para o ensino, pesquisa e extensão.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do presente estudo 18 enfermeiros. Teve-se como critério de inclusão: estar lotado no Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina, independente do tempo de formação e de atuação na instituição e aceitar livremente participar da pesquisa. Foram critérios de exclusão: enfermeiros de férias e ou licenças no período de coleta de dados.

Dos participantes desta pesquisa, 16 são do sexo feminino e dois do sexo masculino, caracterizando assim, uma população predominantemente feminina. Sobre o tempo de atuação no hospital, 10 dos participantes trabalham neste local há mais de 20 anos, seis trabalham entre um e cinco anos e dois desenvolvem suas atividades na instituição entre cinco a 10 anos. Referente à formação pós-universitária, 15 participantes possuem especialização e três são mestres.

4.4 COLETA E REGISTRO DOS DADOS

O estudo foi realizado de modo a considerar que a pesquisa aliada à intervenção na prática assistencial, elenca possibilidades de provocar mudanças na realidade e quebrar paradigmas. Estimando que o presente estudo compreendesse um movimento de inferência na prática assistencial, a coleta de dados aconteceu em duas etapas:

4.4.1 Aplicação dos questionários semiestruturados

Primeira Etapa: se constituiu na distribuição e aplicação prévia de um questionário semiestruturado (Apêndice A), com o objetivo de identificar o saber dos enfermeiros sobre a SAE. Esta fase aconteceu no período de março a abril de 2014 e envolveu o agendamento de um encontro com os enfermeiros da instituição, no qual foi apresentado o objetivo do estudo, bem como realizado o convite à sua participação. Aos participantes que aceitaram participar do estudo, foi entregue o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e o questionário semiestruturado.

Minayo (2004, p. 108) considera que o questionário semiestruturado “combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador”.

A devolução dos questionários aconteceu após dez dias, conforme apazamento estabelecido com os participantes do estudo. Estes foram depositados pelos participantes em uma urna lacrada na sala da gerência de enfermagem, de forma a garantir o anonimato dos mesmos. As respostas dos participantes foram transcritas para uma planilha do *Microsoft Excel*, tendo seus dados devidamente organizados. Neste momento foram extraídos os temas emergentes para a realização das oficinas, que se constituíram em:

1. O saber dos enfermeiros acerca da Sistematização da Assistência da Enfermagem;
2. O poder dos enfermeiros para construção de um saber coletivo e implantação da Sistematização da Assistência da Enfermagem;
3. O a verdade dos enfermeiros a respeito Sistematização da Assistência da Enfermagem.

4.4.2 Oficinas

Segunda Etapa: foi realizada em junho de 2014. Para esta etapa da pesquisa foi entregue um convite aos participantes, (Apêndice C) para que estes pudessem participar do processo de construção da SAE, durante quatro oficinas. Em cada uma destas oficinas, foram utilizadas dinâmicas que possibilitaram a expressão dos participantes e o diálogo, sendo seu registro, realizado por meio de um diário de campo, do qual foram selecionadas e categorizadas as falas significativas para análise. Estas oficinas estão descritas a seguir, com o objetivo de abordar os temas encontrados nos questionários, bem como discutir o saber/poder e verdade dos enfermeiros e possibilitar a construção coletiva da Sistematização da Assistência de Enfermagem no IPq-SC.

4.4.2.1 Primeira oficina: o saber dos enfermeiros acerca da Sistematização da Assistência da Enfermagem

Considerando-se os diferentes níveis de conhecimento dos participantes do estudo sobre a SAE, realizou-se uma oficina que abarcou uma discussão sobre os conceitos fundamentais, bem como a aplicabilidade desta enquanto método de trabalho que organiza a

assistência de enfermagem. Esta oficina aconteceu no dia 3 de junho de 2014, na sala do centro de estudos do IPq/SC, com duração de 1 hora e 40 minutos.

A primeira etapa da oficina sustentou o acolhimento dos participantes, bem como os esclarecimentos acerca dos objetivos e etapas do estudo. Neste momento também foi estimulado o senso crítico e reflexivo dos enfermeiros sobre a relevância do tema para a Enfermagem e sua viabilidade na instituição.

Em seguida realizou-se uma explanação acerca das concepções éticas e legais da SAE, em conformidade à teorização do processo de trabalho do enfermeiro, e suas estratégias assistenciais e gerenciais. Nesta mesma perspectiva, também foram abordadas todas as etapas do PE e a importância de sua sustentação por uma teoria de enfermagem, pautados na Resolução N° 358/2009 do COFEN. Em conformidade à Resolução descrita anteriormente, a capacitação tratou de temas pertinentes à organização do processo de trabalho da enfermagem segundo o “método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem” (COFEN, 2009, p. 1).

A oficina também elencou a teoria da Relação Pessoa-Pessoa de Joyce Travelbee, a qual já havia sido definida pelos enfermeiros da instituição, como teoria de enfermagem que fundamentará o PE. Os saberes dos enfermeiros condicionados a SAE e ao PE foram articulados aos aspectos fundamentais da Relação Pessoa-Pessoa de Travelbee, se construindo uma rede de possibilidades assistenciais, onde o foco envolve o vínculo entre o enfermeiro, paciente e família. Neste sentido, foi fortalecida a construção teórica fundamentada na relação pessoa-pessoa, como sinônimo de um “processo de interação entre dois ou mais seres humanos, sendo que o resultado desta relação ocorre com a mudança de comportamento de ambos” (TRAVELBEE, 1979, p. 52).

No momento final da oficina, discutiu-se expressivamente a necessidade de os enfermeiros construírem coletivamente os saberes para implantação da SAE na instituição, bem como a elaboração de instrumentos metodológicos aplicáveis à nossa realidade.

4.4.2.2 Segunda oficina: o poder dos enfermeiros para construção de um saber coletivo e implantação da Sistematização da Assistência da Enfermagem – a construção das etapas do Processo de Enfermagem (histórico e diagnósticos de enfermagem)

Em 2012 foi realizado um estudo pelos enfermeiros do IPq-SC sobre a viabilidade de implantação da SAE na instituição. Aconteceram

alguns encontros e como produto deste, foi construído um protótipo do histórico de enfermagem e levantados alguns títulos diagnósticos de enfermagem (sem fatores relacionados e características definidoras) a partir do Manual de Diagnósticos de Enfermagem de Carpenito-Moyet (2011). Também foram levantadas algumas intervenções de enfermagem baseadas nas vivências dos enfermeiros da instituição. A proposta foi apresentada e discutida pelos enfermeiros, porém sua aplicação na prática assistencial não se efetivou. O levantamento do histórico, diagnósticos e intervenções de enfermagem do presente estudo tiveram como base os instrumentos construídos pelos enfermeiros do IPq/SC em 2012.

A segunda oficina do presente estudo foi realizada no dia 10 de junho de 2014, na sala do centro de estudos do IPq/SC, com duração de 1 hora e 40 minutos. Em sua etapa inicial, foi apresentado o histórico de enfermagem aos participantes por meio de projeção em data *show*, bem como impresso este documento e entregue aos participantes. Neste instrumento foram exploradas as funções psíquicas e exame físico geral, com interface aos pressupostos da teoria da Relação Pessoa-Pessoa de Travelbee.

Em seguimento à explanação, se iniciaram as reflexões acerca do modelo mais adequado e aplicável à prática assistencial da enfermagem. Foi também discutida pelos enfermeiros, cada estrutura do histórico de enfermagem, de modo que o instrumento inicial foi reconstruído e lapidado, sem perder sua essência. A preocupação também se refletiu no fato do histórico contemplar uma visão abrangente do perfil e necessidades dos pacientes que internam neste hospital. Nesta perspectiva, o grupo de enfermeiros validou o instrumento que representará o histórico de enfermagem na instituição (Apêndice D).

Passando para próxima fase da oficina, foi realizada uma apresentação sobre diagnóstico de enfermagem, sua classificação (diagnósticos reais, diagnósticos de promoção à saúde, diagnósticos de risco e diagnósticos de síndrome) e seus componentes (enunciado diagnóstico, definição, características definidoras, fatores de risco e fatores relacionados), todos fundamentados a partir da classificação diagnóstica de NANDA-I (2013).

Para a presente oficina, também foi apresentado e discutido um questionário estruturado (Apêndice E), contemplando os principais diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e características definidoras dos pacientes que internam na instituição, fechando um total de 41 diagnósticos de enfermagem. Este instrumento foi aplicado aos enfermeiros na perspectiva de se conhecer os diagnósticos de enfermagem, os fatores relacionados e as características definidoras mais

identificadas em sua prática assistencial. Tal documento foi impresso e entregue aos enfermeiros, bem como projetado em data *show*, para fins didáticos de leitura, pelo grupo.

Ao final da oficina, foi orientado aos participantes que selecionassem os principais diagnósticos de enfermagem, agrupando-os aos principais fatores relacionados e características definidoras, fazendo a devolutiva do instrumento ao pesquisador em três dias.

Entre outros aspectos também foram evidenciadas nesta oficina, questões relacionadas à verdade dos enfermeiros no processo de construção destes saberes, com base em sua prática assistencial que vem sendo transformada ao longo dos tempos.

4.4.2.3 Terceira oficina: apresentação e validação dos diagnósticos de enfermagem selecionados

Esta oficina foi realizada no dia 17 de junho de 2014, na sala do centro de estudos do IPq/SC, tendo uma duração de 1 hora e 40 minutos.

O questionário estruturado que contemplou os principais diagnósticos de enfermagem, entregues aos participantes do estudo na oficina anterior, foram devolvidos conforme a data estipulada. No momento inicial desta oficina, foram apresentados os 29 diagnósticos selecionados pelos participantes do estudo, por projeção em data *show*, bem como impresso e entregue o documento aos participantes. Em mais um momento, o tema foi amplamente discutido, destacando-se uma relevante preocupação pelos participantes, em tais diagnósticos de enfermagem estar intimamente direcionados aos perfis dos pacientes que internam neste hospital.

Nesta perspectiva, foram elencados por domínio, agrupados e validados pelos enfermeiros, os principais diagnósticos, fatores relacionados e características definidoras, para comporem a segunda etapa do PE na instituição (Apêndice F).

4.4.2.4 Quarta oficina: a verdade dos enfermeiros a respeito Sistematização da Assistência da Enfermagem: consolidando as etapas e discutindo caminhos para aplicação do processo de enfermagem

A última oficina foi realizada em 24 de junho de 2014, na sala do centro de estudos do IPq/SC, contando com a participação de 17 enfermeiros, tendo uma duração de 1 hora e 50 minutos.

Nesta oficina foram discutidos os modos como serão efetivados na prática do dia a dia, as etapas de planejamento, implementação e avaliação de enfermagem, com foco nas intervenções de enfermagem e

inserção/capacitação dos auxiliares/técnicos de enfermagem neste processo. Foi igualmente discutida a possibilidade de inserção das etapas do PE em prontuário eletrônico, de modo a facilitar o acesso e conservar os dados. Após discussão, acordou-se que a periodicidade para execução das etapas de diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem, serão a cada sete dias, haja vista que, a cada intercorrência que o paciente apresentar, as etapas supracitadas serão reavaliadas.

Sobre as intervenções de enfermagem propriamente ditas, foram elencadas com base no estudo realizado em 2012 pelos enfermeiros do hospital. Os participantes do estudo, que possuíam uma ampla experiência na área de psiquiatria, construíram e articularam os verbos diretivos para desenvolver e validar a prescrição de enfermagem (Apêndice G). Neste sentido, a instituição contará de uma prescrição de enfermagem padrão, a qual é facultada a exclusão e ou inserção de novas intervenções.

No final desta oficina, foi discutido o poder dos enfermeiros sobre uma assistência de enfermagem que vem sendo construída e lapidada ao longo dos anos nesta instituição. O tema reportou as relevantes facilidades e dificuldades para futura implantação da SAE neste cenário em que também contempla um discurso de resistências. As dificuldades destacadas pelos participantes, neste contexto, foram o déficit de recursos humanos, a superlotação de pacientes e a fragilidade do serviço de informática. Sobre as facilidades na implantação da SAE, foram abordadas as temáticas que envolvem o compromisso profissional dos enfermeiros, que naturalmente refletirá em uma assistência segura e qualificada, bem como a necessidade de se repensar na prática assistencial vigente. Todos os enfermeiros se reportaram de modo a vislumbrar a implementação da SAE no IPq-SC, intimamente pautada em suas verdades sobre um cuidado profissional seguro, desenvolvido por profissionais éticos e comprometidos, que beneficiem os pacientes internados neste hospital.

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Para a autora, esta técnica se apresenta como método utilizado para descrever e interpretar as mensagens emergentes dos instrumentos de coleta de dados, atingindo uma compreensão de seus significados e permitindo a inferência de conhecimentos.

Bardin (2011) assinala que a análise de conteúdo está estruturada nas fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos

resultados. Na pré-análise são sintetizadas as ideias iniciais, realizando-se uma leitura das mensagens emergentes da coleta de dados, permitindo uma aproximação ao tema. Na fase de exploração do material os dados são sistematicamente analisados, elencando-se as ideias centrais transmitidas pelos participantes do estudo. Na última fase, a de tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação dos resultados são tratadas de maneira significativa e válida, se construindo assim as categorias finais onde são propostas inferências (BARDIN, 2011).

Nos segmentos da análise de conteúdo também foi empreendida uma compreensão à luz do referencial Foucaultiano de saber/poder e verdade. Os dados foram estruturados e categorizados com base nas abordagens de Michel Foucault, de modo que foram estabelecidas relações entre o poder/saber dos participantes, emergindo novas verdades vigentes sobre a SAE e o PE.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo atendeu todos os preceitos éticos assegurados pela Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Igualmente, foram respeitados os princípios éticos de justiça, respeito à dignidade humana, beneficência e não maleficência (CNS, 2012).

O projeto de pesquisa foi previamente autorizado pelo diretor geral da instituição escolhida, para realização do estudo (Apêndice H), em seguida submetido à Plataforma Brasil para apreciação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sendo aprovado em 24/02/2014 sob o parecer 538.888 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 26221014.6.0000.0121 (Parecer consubstanciado do CEP) (Anexo B).

Os participantes do estudo foram informados sobre os objetivos do mesmo e assinaram o TCLE. O documento se compôs de duas vias, estando uma via devidamente assinada, em posse do participante, e outra via em posse do pesquisador. Foi garantido o sigilo, a liberdade de participação, a desistência a qualquer momento e sendo assegurado o anonimato dos integrantes da pesquisa. Para garantir o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos por pseudônimos formados pela letra “E”, seguida do número correspondente à sequência dos questionários respondidos por estes (de E1 a E18).

5 RESULTADOS

A Instrução Normativa 03/MPENF/2011, de 12 de setembro de 2011 (Anexo B), dispõe sobre a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos terminais do Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, e recomenda que os resultados sejam apresentados na forma de dois manuscritos.

O **Manuscrito 1: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: CONSTRUÇÃO DE UM SABER COLETIVO DOS ENFERMEIROS NA PERSPECTIVA FOUCAULTIANA** descreve o processo de construção de um saber coletivo dos enfermeiros de um hospital psiquiátrico na perspectiva Foucaultiana, para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na instituição.

O **Manuscrito 2: CONSTRUÇÃO COLETIVA DOS INSTRUMENTOS PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO** apresenta a construção coletiva dos instrumentos para o Processo de Enfermagem realizada pelos enfermeiros de um hospital psiquiátrico.

5.1 MANUSCRITO 1: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO: CONSTRUÇÃO DE UM SABER COLETIVO DOS ENFERMEIROS NA PERSPECTIVA FOUCAULTIANA

Sistematização da assistência de enfermagem em um hospital psiquiátrico: construção de um saber coletivo dos enfermeiros na perspectiva Foucaultiana

Nursing care systematization in a psychiatric hospital: construction of the nurse's collective knowledge based on Foucault's perspectives

Sistematización de atención de enfermería en hospital psiquiátrico: construcción de un saber colectivo de enfermeros en la perspectiva Foucaultiana

Mario Sergio Bruggmann¹⁹
 Ana Izabel Jatobá de Souza²⁰
 Eliani Costa²¹

Resumo: Pesquisa qualitativa na modalidade Pesquisa-Ação, com o objetivo de descrever o processo de construção de um saber coletivo dos enfermeiros de um hospital psiquiátrico para implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, sob uma perspectiva Foucaultiana. Foi desenvolvida em um hospital psiquiátrico de referência em Santa Catarina/Brasil, com a participação de dezoito enfermeiros. A coleta de dados foi realizada entre março a junho de 2014, por meio de um questionário semiestruturado e de oficinas. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin, à luz da abordagem de Michel Foucault sobre saber/poder e verdade. Como

¹⁹Enfermeiro. Mestrando pelo Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Enfermeiro do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina. *E-mail:* mariobrugg@gmail.com.

²⁰Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. Santa Catarina, Brasil. *E-mail:* aijsenf@gmail.com.

²¹Doutora em Enfermagem. Enfermeira do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina; Coordenadora e docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Santa Catarina (São José, Santa Catarina- Brasil). *E-mail:* elinicosabernardes@hotmail.com.

resultado dos questionários emergiram os temas abordados nas oficinas: o saber dos enfermeiros acerca da Sistematização da Assistência da Enfermagem; o poder dos enfermeiros para construção de um saber coletivo e implantação da Sistematização da Assistência da Enfermagem; a verdade dos enfermeiros a respeito Sistematização da Assistência da Enfermagem. Ao final das oficinas, o saber coletivo dos participantes culminou na definição de todas as etapas do Processo de Enfermagem com base na Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem. Conclui-se que os enfermeiros possuem conhecimentos e subsídios a serem considerados no processo de implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, reforçando a capacidade de congregiar saberes a benefícios aos pacientes por eles assistidos. Outro aspecto a apontar foi o predomínio das questões biopsicossociais do saber construído coletivamente pelos enfermeiros para implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Descritores: Sistematização da Assistência de Enfermagem. Enfermagem Psiquiátrica.

Abstract: This is a qualitative research in Research-Action mode, aimed to describe the process of building the nurses' collective knowledge in a psychiatric hospital for the implementation of the Nursing Care Systematization, based on Foucault's perspectives. It was developed in a psychiatric referral hospital in Santa Catarina, Brazil, with the participation of eighteen nurses. Data collection was conducted from March to June 2014, through a semi-structured questionnaire and workshops. For data analysis we used the Bardin content analysis technique, in light of Michel Foucault approach to knowledge, power and truth. The questionnaires have reemerged the topics covered in the workshops: the knowledge of nurses about the systematization of nursing care; the power of nurses to building a collective knowledge and implementation of systematization of nursing care; the truth of the nurses about systematization of nursing assistance. At the end of the workshops, the collective knowledge of the participants led to the definition of all stages of the Nursing Process based on Resolution 358/2009 of the Federal Nursing Council. We concluded that the nurses' knowledge should be considered during the process of systematization of nursing care, strengthening the ability to gather knowledge to benefit patients they assisted. Also, it may be pointed out the predominance of biopsychosocial issues of knowledge that are collectively built by nurses for deployment of the Nursing Care Systematization.

Descriptors: Nursing Care Systematization. Psychiatric Nursing.

Resumen: La investigación cualitativa en el modo de Investigación - Acción, con el objetivo de describir el proceso de la construcción de un saber colectivo de enfermeros en un hospital psiquiátrico para la implementación de sistematización de asistencia de enfermería, bajo una perspectiva Foucaultiana. Fue desarrollado en un hospital de referencia psiquiátrica en Santa Catarina/Brasil, con la participación de dieciocho enfermeros. La recolección de datos se llevó a cabo entre marzo y junio de 2014, a través de encuesta semiestructurada y talleres. Para el análisis de los datos se utilizó la técnica de análisis de contenido de Bardin, a la luz del enfoque de Michel Foucault sobre saber/poder y verdad. Como resultado de las encuestas surgieron los temas tratados en los talleres: el saber de los enfermeros sobre la sistematización de la asistencia de enfermería; el poder de los enfermeros para construcción de un saber colectivo y aplicación de la Sistematización de Asistencia de Enfermería; la verdad de los enfermeros con respecto a la Sistematización de Asistencia de enfermería. Al final de los talleres, el saber colectivo de los participantes terminó en definir todas las etapas del proceso de enfermería basado en la Resolución 358/2009 del Consejo Federal de Enfermería. Llegamos a la conclusión de que los enfermeros tienen conocimiento y subsidios a considerar en el proceso de implementación de la sistematización de Asistencia en Enfermería, fortaleciendo la capacidad de reunir conocimientos en beneficio de los pacientes por ellos tratados. Además, cabe destacar el predominio de cuestiones biopsicosociales del saber construido por los enfermeros para implementación de la Sistematización de Asistencia en Enfermería.

Descriptor: Sistematización de Asistencia en Enfermería. Enfermería Psiquiátrica

INTRODUÇÃO

A assistência de enfermagem vem sendo construída e lapidada ao longo dos tempos a partir de conhecimentos empíricos, filosóficos e científicos, buscando consolidar a natureza dos seus objetivos essenciais que é assistir ao ser humano individual e ou coletivo. Nesta trajetória, vem evoluindo de uma atuação experimental à científica, de acordo com as novas verdades vigentes instituídas pela sociedade, nos processos de saúde e doença do ser humano.

A concepção do processo de trabalho da Enfermagem passou a configurar uma busca pela cientificidade, sendo marcada inicialmente por Florence Nightingale e seguida por outros enfermeiros no decorrer da história da profissão. Assim, na perspectiva de estruturar o seu processo de trabalho no cenário científico e social, a Sistematização da Assistência

de Enfermagem (SAE) é apontada como uma expressiva ferramenta gerencial para a profissão. Trata-se, portanto, de uma metodologia de gestão do enfermeiro, que possibilita a execução de uma assistência organizada, pautada em bases científicas.

Argenta (2011, p. 37) aponta que “a SAE vem ocorrendo desde Florence Nightingale, em 1854”, quando a Enfermagem começou sua trajetória para assumir uma atuação baseada na cientificidade. Deste modo, as técnicas de enfermagem instituíram as “primeiras expressões do saber sistematizado da Enfermagem”, seguidas pelos “princípios científicos e teorias de Enfermagem” e, contemporaneamente, pelo “movimento das classificações de enfermagem”.

Neste contexto, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por intermédio da Resolução Nº 358/09, caracteriza a SAE como uma “organização do trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do Processo de Enfermagem” (COFEN, 2009, p. 1).

A SAE se apresenta, portanto, como uma metodologia pertinente à gestão da assistência de enfermagem, elencando o PE como parte integrante da sua estrutura. Assim, o PE faz parte da SAE, sendo representado por um meio necessário para lapidar as atividades assistenciais do enfermeiro, por meio do planejamento individualizado de suas ações (ARGENTA, 2011).

Neste entendimento, a Resolução Nº 358/09 do COFEN determina em seu Art. 3º, que o PE deve estar baseado em um suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem, e que forneça a base para a avaliação dos resultados destas ações (COFEN, 2009).

Assim, nos locais onde as práticas de enfermagem são desenvolvidas, é relevante se refletir sobre a construção de uma assistência sistematizada e aliada ao rigor científico para produção de saúde. Por isso, no contexto das tecnologias assistenciais de enfermagem, a SAE se pronuncia como conhecimento necessário para estimular o senso crítico e reflexivo dos enfermeiros, subsidiando um cuidado seguro. Sua implantação nas instituições permite instrumentalizar a equipe de enfermagem sobre os métodos qualificados de assistência, que promovem a cientificidade do trabalho e garantem o devido respeito e autonomia à profissão (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

Nesta concepção, Del’ Angelo (2010) apresenta a SAE dentro de uma perspectiva ética, legal e técnica de assistir ao indivíduo, família e comunidade. Estrutura-se, portanto, como um instrumento de gestão, uma

tecnologia assistencial que deve ser aplicada para consolidar a autonomia do enfermeiro e reestruturar sua prática assistencial.

Entretanto, também é relevante apontar atualmente que muitos estabelecimentos de saúde brasileiros não desenvolvem a SAE, mesmo que seja preconizado pelo COFEN. Na área da saúde mental não é diferente, e isso pode ser assinalado quando se verifica a carência de publicações de artigos referentes ao tema em questão. Para compreender a fragilidade assistencial desenvolvida às pessoas com transtornos mentais no Brasil ao longo dos tempos, é importante resgatar através da história, as suas marcas de exclusão social.

Muitos hospitais psiquiátricos no mundo se transformaram em ambientes de repressão, frente às inúmeras tentativas de dominar a loucura e se defender de tudo que o louco representava para a sociedade. Entretanto, a partir destes eventos que isolavam as pessoas com transtornos mentais do mundo, Costa (2010, p. 25) indica a necessidade de “humanizar, libertar, inserir na sociedade” e construir ambientes adequados, para que estas pessoas possam ser atendidas sem dificuldade, além de exercerem sua cidadania.

Em Santa Catarina, desde 1941 quando foi edificado, o Hospital Colônia Santana (HCS) concentrou toda a assistência em saúde mental no Estado, seguindo a política de exclusão do doente mental, prevalente no país na década de 1940. Como resultado do processo de fechamento do HCS, surgiram em 1996, neste mesmo espaço, o Centro de Convivência Santana (CCS) e o Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPq-SC). O primeiro, o CCS, assumiu todos os pacientes remanescentes do antigo HCS, na época 600 pessoas, consideradas moradoras (institucionalizadas²²) que passaram a ser parte integrante de um processo de políticas de reinserção social. O segundo, o IPq-SC, emergiu com propostas para internação de curta permanência para o tratamento de surto psiquiátrico grave, em substituição à internação de longa permanência, que acabava institucionalizando a pessoa com transtorno mental, afastando-o do meio sócio familiar (COSTA, 2010).

²²Este método de dependência institucional pode ser definido como institucionalização, acontecendo quando o indivíduo habita as instituições tidas como totais. Frente a um estudo realizado por Erving Goffman em um hospital psiquiátrico, do qual o objetivo era “conhecer o mundo social do internado, na medida em que esse mundo é subjetivamente vivido por ele”, assinalou-se a definição de instituições totais. Nestas se ressaltariam a carreira moral, o estigma ou a mortificação do eu e a ausência de trocas sociais (GOFFMAN, 2008 p.8-11).

É nesta perspectiva que profundas mudanças aconteceram paulatinamente, a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que se caracteriza por um processo contemporâneo ao movimento sanitário brasileiro nos anos 70, e indica a possibilidade de inovar os modelos gerenciais da saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, protagonismo dos trabalhadores e pacientes dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

Na perspectiva de profundas transformações ocorridas no bojo da psiquiatria, é que se projetam no IPq-SC a construção de novos saberes. Os enfermeiros, totalmente inseridos no rigor científico, aliados a prática assistencial, se apropriaram de um poder advindo de um saber, que em suma, produziu um novo olhar para a assistência de enfermagem, uma nova verdade. Nesta concepção de saber/poder e verdade, o filósofo francês Michel Foucault formulou epistemologicamente na esfera das ciências sociais, um entendimento que as relações de poder determinam a produção de saberes e verdades. As relações de saber/poder e verdade constituem assim, uma tríade, onde cada ponta é independente, mas que se apoiam para construção de novos conhecimentos, ou seja, o poder produz saber, sendo o oposto também verdadeiro, e a verdade não existe fora de ambos (FOUCAULT, 2007).

Ponderando as questões éticas, legais e técnicas apontadas pelo COFEN sobre a SAE e considerando a pertinência de uma assistência de enfermagem planejada, justifico a realização desta pesquisa que tem como *questão norteadora: como descrever a construção de um saber coletivo dos enfermeiros para implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em um hospital psiquiátrico na perspectiva Foucaultiana?*

Deste modo, *o objetivo geral desta pesquisa é descrever a construção de um saber coletivo dos enfermeiros para implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em um hospital psiquiátrico na perspectiva Foucaultiana.*

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa na modalidade de Pesquisa-Ação, desenvolvida no Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina, no período de março a junho de 2014. Esta é uma instituição pública de grande porte, voltada para o ensino, pesquisa e extensão, administrada pela Secretaria da Saúde do Estado de Santa Catarina (SES-SC). Possui uma unidade para Triagem e Admissão de pacientes (UTA), quatro Unidades de Internação Psiquiátrica (UIP), cada

qual com 40 leitos, e uma Unidade de Clínica Médica (UCM) para os pacientes psiquiátricos já internados na instituição, e que apresentem intercorrências necessitando de suporte clínico mais avançado. Além disto, o hospital comporta o Centro de Convivência Santana, que abriga pacientes remanescentes do antigo Hospital Colônia Santana e ainda conserva a mesma planta física da sua antiga construção, com evidente deterioração estrutural causada pelo tempo e falta de maiores investimentos. Na UTA são atendidos em média 30 pacientes por dia, sendo destacados os diagnósticos médicos de Esquizofrenia, Transtorno Bipolar de Humor, Transtornos de Personalidade, Depressão e Dependência Química (COSTA, 2010).

Participaram do estudo 18 enfermeiros lotados no IPq-SC, independente do tempo de formação e de atuação na instituição, que aceitaram livremente participar da pesquisa, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo sido estes, os critérios de inclusão. Os critérios de exclusão foram os seguintes: estarem de férias ou licença no período da coleta de dados ou o manifesto desejo em não participar do estudo.

Dos participantes desta pesquisa, 16 são do sexo feminino e dois do sexo masculino, caracterizando uma população predominantemente feminina. Sobre o tempo de atuação no hospital, 10 dos participantes trabalham a mais de 20 anos, seis trabalham entre um e cinco anos e dois desenvolvem suas atividades na instituição entre cinco a 10 anos. No que se refere à formação pós-universitária destes participantes, 15 possuem especialização e três são mestres. Visando garantir o anonimato dos participantes, seus nomes foram substituídos por pseudônimos formados pela letra “E”, seguida do número correspondente à sequência dos questionários respondidos por eles.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos: o *primeiro* abrangeu a aplicação de um questionário semiestruturado que foram transcritos para uma planilha do *Microsoft Excel*, tendo suas informações devidamente organizadas. A *segunda* etapa contemplou a realização de quatro oficinas com os enfermeiros, as quais foram planejadas a partir dos temas emergentes extraídos dos questionários: o saber dos enfermeiros acerca da Sistematização da Assistência da Enfermagem; o poder dos enfermeiros para construção de um saber coletivo e implantação da Sistematização da Assistência da Enfermagem; a verdade dos enfermeiros a respeito Sistematização da Assistência da Enfermagem. As oficinas foram organizadas de modo a estimular o senso crítico e reflexivo dos enfermeiros sobre os conceitos fundamentais da SAE, estabelecendo um *link* com o processo de trabalho da profissão. Os dados originados

destas oficinas foram registrados por meio de um diário de campo, pelo próprio pesquisador.

Considerando os diferentes saberes e verdades dos enfermeiros acerca da SAE, a *primeira oficina* contou com a participação de 15 enfermeiros e teve duração de 1 hora e 40 minutos. Da *segunda oficina* participaram 17 enfermeiros, que teve duração de 1 hora e 50 minutos. A *terceira oficina* contou com a participação de 16 enfermeiros e durou 1 hora e 40 minutos. Participaram da *quarta oficina* 17 enfermeiros, que durou 1 hora e 50 minutos. A segunda, terceira e quarta oficina, tiveram um foco na construção das etapas do Processo de Enfermagem e o modo como estas seriam aplicadas na prática assistencial da equipe de enfermagem.

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Para a autora, esta técnica se apresenta como método utilizado para descrever e interpretar as mensagens emergentes dos instrumentos de coleta de dados, atingindo uma compreensão de seus significados e permitindo a inferência de conhecimento (BARDIN, 2011).

Nos segmentos da análise de conteúdo também foi empreendida uma compreensão à luz do referencial Foucaultiano de saber/poder e verdade. Os dados foram estruturados e categorizados com base nas abordagens de Michel Foucault, de modo que foram estabelecidas relações entre o poder/saber dos participantes, emergindo novas verdades vigentes sobre a SAE.

RESULTADOS

As categorias apresentadas a seguir foram construídas coletivamente e a partir dos saberes e verdades dos enfermeiros sobre a SAE, sustentados no poder transformador destes profissionais acerca de uma assistência de enfermagem planejada, qualificada e segura.

O saber dos enfermeiros acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem

Argenta (2011, p. 36) indica que o processo de trabalho na área da saúde se apresenta como “um produto complexo quando comparado com a produção de bens de consumo”. A assistência direcionada “ao indivíduo sadio ou doente [...] é o resultado do trabalho dos componentes da equipe multidisciplinar de saúde”.

Nesta perspectiva, a SAE é percebida como processo de trabalho do enfermeiro, sendo igualmente discutida por autores como Argenta (2011), Truppel et al (2009), Del’ Angelo et al (2010), entre outros, sob

uma ótica científica no cenário social. Assim, com base nos estudos apontados anteriormente sobre a SAE, é possível caracterizá-la como método de trabalho dinâmico, o qual organiza fundamentalmente as ações do profissional enfermeiro, proporcionando uma assistência qualificada ao paciente, família e comunidade.

A SAE é apontada na literatura brasileira como processo de gestão assistencial do enfermeiro e se estrutura com bases no planejamento do cuidado profissional, como também pode ser evidenciado nos relatos dos participantes:

[...] É uma metodologia utilizada para organizar e prestar a assistência de enfermagem melhorando o cuidado [...] (E9).

[...] É um método de organização do serviço de enfermagem [...] (E10).

[...] Forma estruturada de prestar a assistência de enfermagem [...] (E11).

[...] É um conjunto de estratégias de trabalho visando à promoção, prevenção e recuperação da saúde tanto individual, como coletiva [...] (E18).

Conforme as concepções descritas ao longo da pesquisa acerca da SAE, foi possível identificar que os participantes a desenham sob uma perspectiva de organização global da assistência aos diversos perfis de pacientes e comunidades. Nos termos “*método, organização, estrutura e estratégias*” levantados pelos enfermeiros, são inferidas qualidades pertinentes à gestão da assistência, que é planejada pelo enfermeiro e exequível pela equipe de enfermagem.

Também foi identificada na fala dos participantes, a relevância do PE estar sustentado por um referencial teórico que o fundamente, haja vista a pertinência deste segmento no PE. Os relatos também expressam a importância do suporte teórico na etapa de construção do método científico:

[...] A base teórica sustenta a prática, norteia o cuidado. Um trabalho cientificamente comprovado, argumentado dá mais credibilidade e força na execução [...] (E7).

[...] As teorias de enfermagem nada mais são do que a implementação do cuidado dentro de uma lente científica, diante disto faz-se necessário a sustentação no processo de enfermagem frente aos

paradigmas éticos, culturais e religiosos que envolvem o cuidado [...] (E16).

Quando se concebe uma metodologia para atingir determinado fim, como neste caso específico, para sistematizar a assistência de enfermagem no IPq-SC, junto se constrói todo um corpo de conhecimento, um saber, que no seu tempo será o discurso dominante, e embora possa ser transformado ou substituído, será verdade enquanto vigente e terá poder dentro da instituição.

Quando se trata de *saber*, os estudos de Foucault se inserem no contexto fundamental de responder e sintetizar o surgimento dos saberes e de que forma estes se transformam. Neste mesmo sentido, se pode descrever que os discursos compõem o saber enquanto matéria, ou seja, o discurso constitui uma expressão física do saber, a citar, a escrita e ou a fala (FOUCAULT, 2007).

O poder dos enfermeiros para construção de um saber coletivo e implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem

Em 2012 houve uma iniciativa dos enfermeiros deste hospital em estudar a viabilidade de implantação da SAE na instituição. Deste modo, também foram construídos protótipos das etapas do PE que não foram aplicados na prática assistencial. Deste modo, o histórico, diagnósticos e intervenções de enfermagem desta pesquisa tiveram como base o estudo realizado em 2012.

A relevância do saber dos participantes do estudo acerca das dimensões éticas, técnicas e legais da SAE possibilitou, paulatinamente, a construção de um saber coletivo para sua implantação no hospital em questão. Todavia, para que houvesse um amplo entendimento destes saberes, foi preciso estabelecer um *link* com os estudos de Michel Foucault, e suas concepções sobre o *saber/poder e verdade*, haja vista que estes elementos se apoiam para construção de conhecimentos (FOUCAULT, 2004).

O segundo encontro entre os participantes teve como resultado a construção do instrumento *Histórico de Enfermagem*, o qual contemplou prioritariamente as funções psíquicas e exame físico do paciente, em interface com a teoria da relação pessoa-pessoa de Joyce Travelbee. Nas argumentações dos enfermeiros acerca da natureza do HE e sua dimensão assistencial, foram amplamente sinalizadas sua estrutura com base específica da enfermagem psiquiátrica, fundamentada nas funções psíquicas, bem como as questões pertinentes aos diversos perfis de pacientes que internam na instituição.

Em seguida foi realizada uma explanação sobre os *Diagnósticos de Enfermagem*, sua classificação (diagnósticos reais, de promoção à saúde, de risco e de síndrome) e seus componentes (enunciado diagnóstico, definição, características definidoras, fatores de risco e fatores relacionados), todos fundamentados a partir da classificação diagnóstica de NANDA-I (2013).

Cabe corroborar que a segunda etapa do PE se caracteriza pelo diagnóstico de enfermagem, sendo este conceituado pelo COFEN (2009, p. 2), como o “processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa” do PE. Os conceitos diagnósticos representam por sua vez, “as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença”. Assim, o diagnóstico de enfermagem se efetiva como “base para seleção das intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados”.

Entre as peculiares discussões acerca da temática no contexto assistencial da enfermagem, foi apresentado aos participantes do estudo, um questionário estruturado, contemplando 41 possíveis diagnósticos, relacionados ao perfil de pacientes que internam na instituição. Este instrumento foi apresentado aos enfermeiros na perspectiva de conhecerem tais diagnósticos, fatores relacionados e características definidoras, identificados na prática assistencial. Foi orientado aos participantes que selecionassem os principais diagnósticos, agrupando-os aos principais fatores relacionados e características definidoras, fazendo a devolutiva do instrumento ao pesquisador em três dias.

Na terceira oficina foi apresentado aos participantes, um total de 29 diagnósticos por eles selecionados, como segue no Quadro 2 abaixo:

Quadro 2: Diagnósticos de Enfermagem, Fatores Relacionados e Características Definidoras selecionadas pelos participantes do estudo. Florianópolis, 2014.

Enunciado Diagnóstico	Fatores relacionados	Características definidoras
Domínio 1 – Promoção da Saúde		
Manutenção ineficaz da saúde.	Prejuízo cognitivo.	Falta demonstrada de conhecimento com relação às práticas básicas de saúde.
Domínio 2 – Nutrição		

Enunciado Diagnóstico	Fatores relacionados	Características definidoras
Volume de líquidos deficiente.	Falha dos mecanismos reguladores. Perda ativa do volume de líquidos.	Diminuição do turgor da pele. Mucosas secas.
Domínio 3 – Eliminação e troca		
Eliminação urinária prejudicada.	Infecção do trato urinário. Múltiplas causas.	Disúria. Incontinência.
Constipação.	Mudança nos padrões alimentares. Uso de medicamentos.	Volume de fezes diminuído.
Diarreia.	Ansiedade. Efeitos adversos de medicamentos. Má absorção. Contaminação.	Dor abdominal. Urgência para evacuar.
Troca de gases prejudicada.	Dispneia.	Desequilíbrio na relação ventilação-perfusão.
Domínio 4 – Atividade/repouso		
Insônia.	Ansiedade. Sono interrompido. Fatores ambientais. Depressão. Medo.	Relato de insatisfação com o sono (atual).
Déficit no autocuidado para alimentação.	Prejuízo cognitivo. Ansiedade grave.	Incapacidade de ingerir alimentos em quantidade suficientes.
Autonegligência.	Prejuízo cognitivo. Abuso de drogas.	Higiene pessoal inadequada.
Domínio 5 – Percepção/cognição		
Confusão aguda.	Abuso de substâncias. Delírio.	Agitação aumentada. Flutuação na cognição.

Enunciado Diagnóstico	Fatores relacionados	Características definidoras
Controle de impulsos ineficaz.	Transtorno de humor. Abuso de drogas. Ideias delirantes.	Irritabilidade. Violência.
Comunicação verbal prejudicada.	Baixa autoestima situacional. Efeitos colaterais relacionados ao tratamento.	Recusa obstinada a falar. Verbalizar com dificuldade.
Percepção sensorial prejudicada.	Interação sensorial prejudicada. Estresse psicológico.	Alucinações. Mudança no padrão do comportamento.
Domínio 6 – Autopercepção		
Baixa autoestima situacional.	Fracassos. Perda.	Verbalizações autonegativas.
Desesperança.	Isolamento social. Estresse prolongado.	Afeto diminuído.
Risco de distúrbio na identidade pessoal.	Transtornos psiquiátricos.	
Domínio 7 – Papéis e relacionamentos		
Processos familiares disfuncionais	Personalidade que predispõe ao vício. História familiar de resistência ao tratamento.	Incapacidade de lidar com conflitos. Abuso de drogas.
Interação social prejudicada	Distúrbio no autoconceito. Processo de pensamentos perturbados.	Interação disfuncional com outras pessoas.
Domínio 8 – Sexualidade		
Não foi selecionado pelos participantes do estudo.		
Domínio 9 – Enfrentamento/tolerância ao estresse		

Enunciado Diagnóstico	Fatores relacionados	Características definidoras
Ansiedade.	Crise situacional. Abuso de substância.	Preocupação. Nervosismo. Medo de consequências inespecíficas.
Medo.	Estímulo fóbico.	Relato de apreensão.
Domínio 10 – Princípios da vida		
Não foi selecionado pelos participantes do estudo.		
Domínio 11 – Segurança/proteção		
Risco de infecção.	Tecido traumatizado. Conhecimento deficiente para evitar exposição a patógenos.	
Risco de aspiração.	Nível de consciência reduzido. Alimentação por sonda. Dentição prejudicada.	
Integridade da pele prejudicada.	Fatores mecânicos. Extremos de idade,	Rompimento das estruturas da pele.
Risco de lesão.	Disfunção sensorial.	
Risco de quedas.	Estado mental diminuído. Agentes ansiolíticos. Mobilidade física prejudicada.	
Risco de Automutilação	Estado psicótico. Baixa autoestima. Abuso de drogas.	
Risco de suicídio	Transtornos psiquiátricos.	

Enunciado Diagnóstico	Fatores relacionados	Características definidoras
Risco de violência direcionada a outros.	Sintomatologia psicótica. História de comportamento antissocial violento.	
Domínio 12 – Conforto		
Dor aguda	Agentes lesivos (biológicos, físicos, psicológicos), químicos, físicos, psicológicos).	Relato verbal de dor.
Domínio 13 – Crescimento/desenvolvimento		
Não foi selecionado pelos participantes do estudo.		

Fonte: Dissertação de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem – BRUGGMANN (2014).

Na última fase do processo construção de um saber coletivo para implantação da SAE na instituição, juntamente com os enfermeiros, foram tratadas as etapas que se seguem no PE, a citar: o *Planejamento, Implementação e Avaliação de Enfermagem*.

A etapa do Planejamento de Enfermagem é posterior à etapa diagnóstica, e, para tanto, o COFEN (2009, p. 3) a define como a fase de “[...] determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem” que posteriormente serão executadas frente às respostas humanas “identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem”.

No decorrer das explicações e discussões sobre as etapas do PE, foi abordado o modo como seriam executadas as ações, bem como enfatizada a relevância do estabelecimento do vínculo do enfermeiro, paciente e família, por meio da relação pessoa-pessoa. Neste sentido, a Implementação é descrita pelo COFEN (2009, p. 3), como o momento para “realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem”. Consiste essencialmente em aplicar as intervenções que foram elaboradas na fase do Planejamento, se apresentando como momento crucial em que toda a equipe de enfermagem deve participar ativamente.

A Avaliação de Enfermagem compreende um “processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana” no momento determinado do processo de saúde doença. Sumariamente, nesta etapa, serão investigadas as consequências das intervenções de enfermagem, considerando os resultados esperados e os alcançados. A partir deste momento avalia-se também a “necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do PE” COFEN (2009, p. 3).

Outros pontos de discutidos pelos participantes do estudo incluíram a metodologia a ser utilizada, para inserção e capacitação dos auxiliares e técnicos de enfermagem neste processo, bem como a questão de dispor as etapas do PE em prontuário eletrônico, de modo a facilitar o acesso, conservação e sigilo dos dados dos pacientes.

A verdade dos enfermeiros a respeito da SAE

Foucault (2007) entende por *verdade* um conjunto de procedimentos regulados para a produção, repartição, circulação, lei e funcionamento dos enunciados. Ela está ligada circularmente aos sistemas de poder, que acabam por produzi-la e apoiá-la, e também a efeitos de poder (regimes de verdade) que a induzem e que a reproduzem. Os regimes de verdade são indispensáveis às dominações, que, por sua vez, são efeitos das relações de poder. A verdade é concebida pelo expandir do conjunto de procedimentos que têm a função de estabelecer a produção dos enunciados ou do discurso.

Nesta concepção filosófica de verdade, é pertinente assinalar que a literatura brasileira indica as relevâncias de os enfermeiros sistematizarem sua assistência em busca de um cuidado seguro, qualificado e ético. Argenta (2011, p. 38), em sua pesquisa sobre o ensino da SAE e o processo de trabalho do enfermeiro, descreve que sistematizar significa “[...] tornar algo sistemático, [...] coerente com determinada linha de pensamento e/ou de ação”.

Menezes, Priel e Pereira (2011) apontam que a SAE constitui um caminho para autonomia da profissão, por representar uma metodologia reconhecida pelos enfermeiros brasileiros, por aproximar o enfermeiro e paciente durante sua elaboração e aplicação e, naturalmente, por exigir conhecimento científico, responsabilidade e compromisso com o exercício profissional.

Do mesmo modo que já foram evidenciadas no presente estudo, as características gerenciais da SAE, Casafus, Dell’acqua e Bocchi (2013, p. 318), descrevem uma convergência entre os enfermeiros brasileiros acerca da SAE, pois a consideram “um instrumento ideal para o

gerenciamento da assistência e para o reconhecimento social da profissão”. Ainda assim, elencam como elementos facilitadores para implantação e execução da SAE, o dimensionamento ideal de recursos humanos e educação permanente em saúde. Quanto a não realização da SAE pelos enfermeiros, o estudo realizado pelas autoras acima, caracterizou fragilidade do exercício profissional, prejudicando sua visibilidade no processo de trabalho, que culmina em prejuízo do seu reconhecimento social.

A implantação da SAE nas instituições de saúde, bem como sua operacionalização na prática assistencial constituem desafios para a enfermagem brasileira. Fatores como o número reduzido de enfermeiros e sobrecarga de trabalho têm sido apontados na literatura como limitadores para sua efetivação. Neste sentido, Casafus, Dell’acqua e Bocchi (2013), descrevem que apesar dos progressos nos aspectos teóricos e legais envolvendo a SAE, ainda existem desafios que limitam seu desenvolvimento na prática.

Observa-se, portanto, na literatura brasileira, que os principais fatores que dificultam a implantação da SAE nas instituições compõem a desorganização dos serviços, o desinteresse dos gestores, a superlotação de pacientes e o déficit de recursos humanos e materiais, discurso já conhecido e repetido pelos enfermeiros, e que independente de ser verdadeiro, legitima a dificuldade/resistência para a implementação da SAE.

No presente estudo também foram mencionados pelos participantes, a relevância de verdades que dificultam a implantação da SAE nas instituições de saúde, bem como seguem alguns relatos abaixo:

- [...] Falta de recursos humanos [...] (E4).
- [...] Falta de suporte tecnológico [...] (E7).
- [...] Dificuldade das pessoas interagirem com a informatização e até mesmo o desconhecimento da sistematização [...] (E5).
- [...] Pouco envolvimento de alguns profissionais [...] (E12).
- [...] Número insuficiente de recursos humanos de nível médio e superior. Instabilidade com relação ao número de clientes a serem atendidos (leitos extras). Estrutura física e condições de trabalho pouco favoráveis [...] (E14).
- [...] Desinformação dos gestores. Desinteresse dos profissionais. Mudanças culturais [...] (E 10).
- [...] Deficiência de recursos humanos [...] (E16).

Os participantes do estudo apontaram resistências para implantação da SAE nos cenários onde acontece a assistência de enfermagem, prioritariamente, pela aproximação fragilizada dos enfermeiros às tecnologias de informação, pelo alto número de pacientes internados e pelo déficit de recursos humanos.

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo evidenciaram a viabilidade de implantação da SAE no hospital questão, haja vista a relevância de qualificar assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais. Neste sentido, Trupel et al (2009) substanciam a SAE como processo sistemático, pautado no método científico, que viabiliza a organização da assistência, delineando a identificação das intervenções de promoção, prevenção e recuperação da saúde do indivíduo.

A possibilidade de implantação da SAE no IPq-SC emergiu do processo de construção coletiva dos enfermeiros, o qual resultou em um novo saber. Os temas emergentes dos questionários apresentados nos resultados desta pesquisa foram desenvolvidos nas oficinas com os enfermeiros, com base nas concepções de *saber/poder e verdade* de Foucault. As discussões acerca da SAE estiveram apoiadas em suas prerrogativas éticas, técnicas e legais estabelecidas pela Resolução 358/09 do COFEN (COFEN, 2009), bem como a relevância da teoria da relação pessoa-pessoa de Joyce Travelbee²³.

A concepção de *saber/poder e verdade* sinalizada por Foucault nas ciências sociais conduzem a compreensão de que as relações de poder tecem a produção de saberes, bem como o conhecimento. Se o discurso produz o saber por meio de sua manifestação física, cabe ressaltar que saber e conhecimento são diferentes, segundo Foucault. Conhecimento equivale a um profundo método de coerência, diagnóstico e classificação dos objetos, o que caracteriza sua densidade. Já o saber, está em frequente mudança e é ligado ao conceito de poder na sociedade (FOUCAULT, 2007).

Mergulhado na perspectiva Foucaultiana sobre a produção de saberes, destaco que a magnitude cultural experienciada pela maioria dos

²³A teoria da relação pessoa-pessoa de Joyce Travelbee foi definida como suporte teórico do PE no IPq-SC, a partir de um estudo realizado pelo autor junto aos enfermeiros da instituição. Tal deliberação caracterizou o produto da disciplina de Projetos Assistenciais e de Inovação Tecnológica do Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (NOTA DO AUTOR).

enfermeiros deste hospital psiquiátrico, produz, constrói e desconstrói uma série de outros saberes que constituem de base para qualificar a assistência de enfermagem. A vivência destes enfermeiros em sua prática assistencial lhe permite estruturar um cuidado específico às pessoas com transtornos mentais, haja vista que 55,6% dos participantes trabalham há mais de 20 anos na enfermagem psiquiátrica, configurando uma expressiva vivência nesta área.

As relações de *saber/poder e verdade* de Michel Foucault se relacionaram particularmente com o discurso dos participantes acerca da SAE, de modo a possibilitar a desconstrução de paradigmas e implementação de novos saberes que emergem dos próprios enfermeiros.

Assim, é considerável destacar que o saber expresso pelos enfermeiros está centrado em uma concepção que valoriza a organização, a adoção de um referencial que norteia as ações e que está alicerçada não apenas na vivência pessoal e institucional, mas também na formação que tiveram até então. O saber evidenciado por estes profissionais, composto por aquilo que a prática proporciona e aquilo que a escola lhes dá, compõem um panorama que evidencia a necessidade de aliar ambos a benefício do paciente. Embora se perceba que todo saber traz consigo verdades e resistências, é significativo salientar que para se desconstruir paradigmas nas sociedades, também é necessário estar na presença essencial do saber/poder.

Foucault (2004) assinala a naturalidade com que o poder produz um saber, sendo o inverso também verdadeiro, de modo que ambos possibilitem a emergência de verdades. O poder dos enfermeiros nesta pesquisa produziu um saber, uma nova verdade vigente que pode ser representada pelos instrumentos que constituem as etapas do PE, bem como o seu suporte teórico. A relação entre saber e poder é descrita pelo filósofo, de modo que ambos se exercem mutuamente e se configuram binômios no contexto social.

Neste entendimento, é particular descrever que os enfermeiros inseridos em uma sociedade – *hospital psiquiátrico em questão* – têm a possibilidade de exercer o seu poder na construção de conhecimentos qualificadores da assistência de enfermagem, com indicadores de segurança e cientificidade.

Foucault descreve também que as relações entre saber e poder são recíprocas, de modo que “[...] o exercício do poder cria perpetuamente saber e, inversamente, o saber acarreta efeitos de poder”, ou seja, o poder e o saber se constituem e se relacionam (FOUCAULT, 2007, p. 80).

O poder intrínseco das atividades do enfermeiro em planejar a assistência permite que este profissional discuta junto à equipe de

enfermagem, novos modos exequíveis do cuidado profissional, e nesta perspectiva Foucaultiana foi construído um cenário apropriado para se construir coletivamente com os participantes do estudo, novos saberes acerca da SAE.

Esta pesquisa também destacou que o poder dos enfermeiros associado à vontade de aprimorar o saber fazer viabilizam a implantação da SAE, sendo o envolvimento destes profissionais, um recurso importante que expressa o poder, não apenas aquele que lhes é dado pelo conhecimento adquirido e nem pela instituição de um ponto de vista hierárquico, mas como expressão interna de uma vontade que torna possível combater as resistências e procurar caminhos para transformar a realidade.

As resistências para a implantação da SAE são relevantes nesta pesquisa e foram evidenciadas pelos participantes, todavia, é expressivo assinalar que a produção de saberes pelos enfermeiros brasileiros, em diferentes cenários sociais constituem verdades que atenuam esta realidade. Neste contexto de saberes que possibilitam a construção de novas verdades, Michel Foucault (2004) corrobora com a ideia de que o discurso que ordena a sociedade é sempre o discurso daquele que detém o saber. Ele utiliza a definição de *verdade dos gregos*, para os quais o discurso verdadeiro é aquele proferido intermitentemente por quem detém o saber, e assim é preciso para que haja uma legitimação, para que a palavra proferida seja verdadeira. E enquanto forem verdades as condições encontradas e referidas pela enfermagem brasileira, o discurso legitimado será o da dificuldade/impossibilidade de implantar a SAE nas instituições de saúde do país.

Ainda envolvido no discurso que rege a verdade dos enfermeiros para produção de novos saberes e verdades vigentes, cabe apontar que esta última, a verdade historicamente concebida por Foucault é levantada frente à questão da descontinuidade dos saberes, não se propondo exatamente um conformismo, mas atestando que as mudanças em determinados momentos não correspondem à maneira tranquila de como se tratam os saberes em prol da cientificidade. Assim, a verdade é produzida no interior dos discursos, pertencendo a este mundo e produzindo efeitos regulamentados de poder (FOUCAULT, 2003).

De acordo com Foucault, a verdade emerge do saber/poder, e ainda assim, tais verdades podem ser lapidadas, desconstruídas e ou esquecidas ao longo dos tempos. De modo circunspecto, é pertinente destacar que o enfermeiro contempla, naturalmente, um saber/poder nas diversas maneiras de assistir ao paciente, e um destes saberes é a aplicação da SAE. Tais saberes construídos durante sua formação acadêmica e profissional

se pautam em verdades vigentes, as quais devem assegurar ao paciente, os direitos que lhes devem ser garantidos: ser assistido de forma integral, ética, segura e qualificada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente estudo forneceu subsídios para o entendimento do processo construtivo de um saber coletivo, realizado pelos enfermeiros de um hospital psiquiátrico, para implantação de uma das etapas da SAE na instituição. Os participantes apontaram a SAE como uma ferramenta gerencial que organiza a assistência de enfermagem, a partir de expressões características que remetem a essa ideia, tais como estratégias, organização e método.

Evidenciaram-se as possibilidades e a trajetória percorrida pelos participantes do estudo para chegarem a um consenso sobre o PE, bem como o estabelecimento de suas etapas fundamentadas na teoria da relação pessoa-pessoa de Travelbee. Os instrumentos produzidos para implementação da SAE resgatam o saber e a verdade contidos nos participantes do estudo e que foram discutidas em busca de um consenso, consolidando um caminho coletivo em prol da qualidade da assistência ao paciente em uma instituição psiquiátrica. Neste sentido, o Histórico de Enfermagem comportou essencialmente uma estrutura que permite a avaliação das funções psíquicas e exame físico, de modo a direcionar a avaliação do paciente e otimizar o tempo dos enfermeiros. Foram igualmente estabelecidos pelos participantes da pesquisa, 29 Diagnósticos de Enfermagem segundo a Taxonomia II da NANDA I, Fatores Relacionados e Características Definidoras. Foram também identificadas e tratadas pelos enfermeiros às demais etapas do PE, sendo estas, o Planejamento, Implementação e Avaliação de Enfermagem e sua disposição em prontuário eletrônico.

Considerando o entendimento de Foucault sobre o saber/poder e verdade nesta pesquisa, foi possível compreender e analisar o processo de construção deste saber coletivo e como este saber se constituirá em uma ferramenta de verdade e poder para os enfermeiros exercerem com mais segurança e profissionalismo suas funções assistenciais. Esta concepção Foucaultiana possibilitou estabelecer um *link* do saber dos enfermeiros com a verdade proferida pelo COFEN, reforçando o compromisso do profissional com uma assistência sistematizada e mais segura aos pacientes. Também se percebeu que neste processo, a verdade proferida pela Resolução do COFEN encontrou eco e validação na verdade contida no saber dos participantes desta pesquisa. Entretanto, percebe-se que o *poder* em materializar e dar visibilidade a esta, está contido no diálogo e

na interlocução dos diversos atores que compõe a realidade de cada instituição. A materialização de ações que expressam a *verdade* de uma assistência qualificada e segura precisa ter o exercício do *poder* que supere as dificuldades que a literatura aponta sobre a implantação da Sistematização da Assistência e que o *saber* seja constantemente revisitado e compartilhado. Deste modo, este estudo expressa a interlocução de saberes, criando um saber coletivo que proporcionou caminhos para lapidar a assistência de enfermagem no IPq-SC e viabilizar assim, a implantação da SAE na instituição, cumprindo com o objetivo do trabalho.

Referências

ARGENTA, M. I. **Congruência entre o ensino da sistematização da assistência de enfermagem e o processo de trabalho do enfermeiro**. 2011. 216 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 70. ed. São Paulo: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2005.

CASAFUS, K. C. U.; DELL'ACQUA, M. C. Q.; BOCCHI, S. C. M. **Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de enfermagem**. Esc. Anna Nery [online], 2013, v. 17, n. 2, pp. 313-321. ISSN 1414-8145.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução Nº 358/2009**. In: Portal do COFEN. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 10 out. 2012.

COSTA, E. **Hospital Colônia Sant'Ana: o saber poder dos enfermeiros e as transformações históricas (1971-1981)**. 2010. 220p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

DEL' ANGELO, N.; et al. **Diagnósticos de enfermagem de prematuros sob cuidados intermediários**. Rev. Bras. Enferm. [online], 2010, v. 63, n. 5, pp. 755-761. ISSN 0034-7167.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

_____. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

_____. **Microfísica do poder**. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 8. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2008.

MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. **Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem**. Rev. Esc. Enferm. USP [*online*], 2011, v. 45, n. 4, pp. 953-958. ISSN 0080-6234.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2012-2014**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

TRUPPEL, T. C.; et al. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, 2009.

5.2 MANUSCRITO 2: CONSTRUÇÃO COLETIVA DOS INSTRUMENTOS PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Construção coletiva dos instrumentos para o processo de enfermagem em um hospital psiquiátrico

Collective construction of instruments for the nursing process in a psychiatric hospital

Construcción colectiva de instrumentos para el proceso de enfermería en un hospital psiquiátrico

Mario Sergio Bruggmann²⁴

Ana Izabel Jatobá de Souza²⁵

Eliani Costa²⁶

Resumo: Pesquisa qualitativa na modalidade Pesquisa-Ação, com o objetivo de apresentar a construção coletiva dos instrumentos para o Processo de Enfermagem em um hospital psiquiátrico. Foi desenvolvida em um hospital psiquiátrico de referência em Santa Catarina/Brasil, com a participação de dezoito enfermeiros. A coleta de dados foi realizada entre março a junho de 2014, por meio de um questionário semiestruturado e de oficinas. Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin, à luz da abordagem de Michel Foucault sobre saber/poder/verdade. O resultado da pesquisa foi a construção coletiva dos seguintes instrumentos: histórico de enfermagem, diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem. Para a fase de avaliação de enfermagem se definiu a organização do registro dos dados em quatro aspectos: subjetivo, objetivo, avaliação e plano. Todas

²⁴Enfermeiro. Mestrando pelo Programa de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Enfermeiro do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina. *E-mail:* mariobugg@gmail.com.

²⁵Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. Santa Catarina, Brasil. *E-mail:* aijsenf@gmail.com.

²⁶Doutora em Enfermagem. Enfermeira do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina; Coordenadora e docente do Curso de Enfermagem da Faculdade de Santa Catarina (São José, Santa Catarina- Brasil). *E-mail:* elinicostabernardes@hotmail.com.

as fases do Processo de Enfermagem foram pautadas na Resolução Nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem e o seu suporte teórico foi a teoria da relação pessoa-pessoa de Joyce Travelbee. Deste modo, concluiu-se que o rigor científico dos enfermeiros, aliado a sua prática assistencial na enfermagem psiquiátrica viabilizaram a construção coletiva de instrumentos que compõem as etapas do Processo de Enfermagem. Também é relevante destacar que a percepção dos enfermeiros sobre este método científico, bem como a integração das suas etapas em sua vivência assistencial vislumbram expressivamente a completude desta pesquisa.

Descritores: Processo de Enfermagem. Enfermagem Psiquiátrica.

Abstract: this is a qualitative research in Research-Action mode, aimed to describe the process of building the nurses' collective knowledge in a psychiatric hospital for the implementation of the Nursing Care Systematization, based on Foucault's perspectives. It was developed in Santa Catarina's most important psychiatric hospital (southern Brazil) with the participation of eighteen nurses. Data collection was conducted from March to June 2014, through a semi-structured questionnaire and workshops. For data analysis, we used the Bardin content analysis technique, in light of Michel Foucault approach to knowledge, power and truth. The result of the research was the collective construction of the following instruments: history of nursing, nursing diagnoses and nursing interventions. For the nursing assessment phase defined the organization of the data record in four aspects: subjective, objective, evaluation and plan. All phases of the nursing process were guided based on Resolution 358/2009 of the Federal Nursing Council and its theoretical support was Joyce Travelbee's person-person relation theory. The research concluded that the scientific rigor of nurses, allied to their care practice in psychiatric nursing made possible the collective construction of instruments comprising the steps of the nursing process. It is also worth noting that the perception of nurses on this scientific method, as well as the integration of its stages in their experience significantly glimpse the completion of this research.

Descriptors: Nursing process. Psychiatric Nursing.

Resumen: Investigación cualitativa en la modalidad Investigación-Acción con el objetivo de presentar la construcción colectiva de los instrumentos para el Proceso de Enfermería en un hospital psiquiátrico. Fue desarrollado en un hospital de referencia psiquiátrica en Santa Catarina/Brasil, con la participación de dieciocho enfermeros.La

recolección de datos se llevó a cabo entre marzo y junio de 2014, a través de encuesta semiestructurada y talleres. Para el análisis de los datos se utilizó la técnica de análisis de contenido de Bardin, a la luz del enfoque de Michel Foucault a saber / poder / verdad. El resultado de la investigación fue la construcción colectiva de los siguientes instrumentos: histórico de enfermería, diagnósticos de enfermería e intervenciones de enfermería. Para la fase de evaluación de enfermería se define la organización del registro de datos en cuatro aspectos: subjetivo, objetivo, evaluación y plan. Todas las fases del Proceso de Enfermería fueron respaldados en la Resolución 358/2009 del Consejo Federal de Enfermería y su soporte teórico fue la teoría de la relación persona - persona Joyce Travelbee. Por lo tanto, se concluyó que el rigor científico de los enfermeros, aliado a sus prácticas de tratamiento en enfermería psiquiátrica hizo posible la construcción colectiva de instrumentos que comprende las etapas del Proceso de Enfermería. También cabe destacar que la percepción de los enfermeros en este método científico, así como la integración de sus etapas en su experiencia en el tratamiento vislumbran significativamente la realización de esta investigación.

Descriptor: Proceso de Enfermería. Enfermería Psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE) se apresenta como parte elementar da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), sendo descrito pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) como uma ferramenta metodológica que conduz a assistência de enfermagem, potencializando a relevância dos registros do enfermeiro (COFEN, 2009).

Neste aspecto, Argenta (2011) assinala que o PE enquanto segmento da SAE, é apontado como metodologia elementar para refinar as atividades assistenciais do enfermeiro. Sua disposição enquanto método científico de trabalho firma melhorias tanto no planejamento quanto na execução da assistência de enfermagem ao paciente, o que resulta na sua integralidade. Assim, um estudo acerca da SAE foi realizado pela autora aponta que esta metodologia “vem ocorrendo desde Florence Nightingale, em 1854” quando a ciência da Enfermagem iniciou o desenvolvimento de suas atividades apoiadas em critérios científicos. Nesta proporção, as técnicas de enfermagem caracterizaram as “primeiras expressões do saber sistematizado da Enfermagem”, procedidas pelos “princípios científicos e teorias de Enfermagem” e, contemporaneamente, pelo “movimento das classificações de enfermagem” (ARGENTA, 2011, p. 37).

Na literatura americana, o PE foi desenvolvido entre 1950 e 1960, emergindo diante de uma necessidade em orientar as ações de Enfermagem com bases no método científico (FIGUEIREDO et al, 2006).

Neste entendimento, a diligência global de garantir uma assistência de enfermagem segura, qualificada e científica, estimulou o estudo e desenvolvimento do PE no cenário brasileiro, que foi representado inicialmente por Wanda de Aguiar Horta em 1970, ao qual estabeleceu também, suas etapas. Horta (1979, p. 35) descreveu o PE como a “dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas” e se fundamenta pelo “inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos”. A autora ainda marca que suas fases compreendem o “histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem”.

Atualmente, a literatura brasileira reporta descritores relacionados à assistência de enfermagem em uma expressiva produção científica. Nesta concepção, autores como Argenta (2011), Truppel et al (2009) e Del’Angelo et al (2010) discutem particularmente tal metodologia sob uma perspectiva holística necessária no cenário científico e social.

É também neste sentido de amparar técnica, ética e legalmente a assistência de enfermagem sob uma ótica científica, que em 15 de outubro de 2009 foi publicada pelo COFEN, a resolução N° 358/2009, que dispõe sobre a implantação da SAE em ambientes públicos ou privados. Esta resolução também apoia a necessidade de o PE estar fundamentado em um suporte teórico que oriente sua realização, sendo sua execução e avaliação de competência exclusiva do enfermeiro (COFEN, 2009).

Para atribuir à profissão um respaldo científico que represente maior visibilidade e entendimento do PE no cenário nacional, autoras como Maria, Quadros e Grassi (2012, p. 298) o sustentam como uma “representação maior do método científico da profissão, sendo direcionado pela SAE” a qual promove o “desenvolvimento e organização do trabalho da equipe”.

Historicamente as pessoas com transtornos mentais foram assistidas de forma inadequada e carregaram consigo um estigma social que as excluía deste meio. Deste modo, muitos hospitais psiquiátricos se transformaram em locais de repressão, onde os pacientes foram marcados pelo isolamento. Esta realidade, de acordo com Costa (2010, p. 25), indica a necessidade de “humanizar [...] inserir na sociedade, criar e adequar espaços” para que, deste modo, a pessoa com transtorno mental seja atendida de forma adequada e possa exercer sua condição de cidadão.

Em Santa Catarina o processo de transição da assistência psiquiátrica teve como marco a criação do Instituto de Psiquiatria do

Estado de Santa Catarina (IPq-SC) e do Centro de Convivência Santana (CCS) em 1996, frente ao fechamento do Hospital Colônia Santana (HCS), acontecimento este, marcado por uma política do Ministério da Saúde (BORGES, 2013).

A assistência de enfermagem no IPq-SC foi construída e aprimorada ao longo dos anos por enfermeiros que desenvolviam suas atividades na instituição, de modo a assegurar ao paciente, um cuidado adequado e seguro. E foi na perspectiva de desvelar tal assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais, que autores como Borenstein et al (2003), Koerich (2008), Costa (2010) e Borges (2013) historicizaram a Enfermagem e seus modos de assistência sob diversas óticas e períodos. Tais autoras apontam que a assistência de enfermagem nestes ambientes foi marcada pelas mudanças de paradigmas, tendo como seu marco o papel transformador do enfermeiro, o qual foi descrito por Costa (2010).

No contexto de profundas modificações na prática da enfermagem psiquiátrica do hospital ao longo dos anos em prol da construção de novos saberes, os enfermeiros continuam inseridos no rigor científico da prática assistencial, se apropriando do poder advindo de um saber, que aponta a SAE como uma nova verdade vigente. Nesta concepção de *saber/poder e verdade*, o filósofo francês Michel Foucault desenvolveu epistemologicamente na esfera das ciências sociais, uma compreensão que as relações de poder determinam a produção de saberes e verdades (FOUCAULT, 2007).

Com base nos estudos sobre a evolução da assistência de enfermagem prestada no antigo HCS e atual IPq-SC, é relevante salientar que os enfermeiros que desenvolveram e aqueles ainda que desenvolvem suas atividades neste cenário, construíram para si um arsenal científico para a produção de novos saberes aplicáveis à pessoa com transtorno mental. No sentido de dar continuidade à evolução da assistência de enfermagem no IPq-SC, bem como o de promover a construção de novos saberes, apresento a questão norteadora desta pesquisa: *Como apresentar a construção coletiva dos instrumentos para o Processo de Enfermagem em um hospital psiquiátrico?*

Atualmente a assistência de enfermagem no IPq-SC ainda se efetiva de forma fragmentada, contudo, os enfermeiros desta instituição estão cada vez mais, se apoiando nas prerrogativas éticas, técnicas e legais preconizadas pela Resolução 358/2009 do COFEN, que dispõe sobre a SAE e o PE. Considerando a relevância de os enfermeiros ocuparem uma posição mais expressiva no cenário científico e social, concebida através de uma assistência de enfermagem científica, segura e qualificada, se

buscou neste estudo, *apresentar a construção coletiva dos instrumentos para o Processo de Enfermagem em um hospital psiquiátrico.*

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa na modalidade de Pesquisa-Ação, desenvolvida no Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina entre março e junho de 2014. Esta é uma instituição pública de grande porte orientada para o ensino, pesquisa e extensão, sendo administrada pela Secretaria da Saúde do Estado de Santa Catarina (SES-SC). Contempla uma unidade para Triagem e Admissão de pacientes (UTA), quatro Unidades de Internação Psiquiátrica (UIP) com 40 leitos cada e uma Unidade de Clínica Médica (UCM) destinada aos pacientes que necessitam de suporte clínico. Além disto, hospital compreende o Centro de Convivência Santana, que acomoda os pacientes remanescentes do antigo Hospital Colônia Santana conservando a mesma planta física da sua antiga construção, com evidente deterioração estrutural causada pelo tempo e falta de maiores investimentos. Na UTA são atendidos aproximadamente 30 pacientes por dia, tendo prioritariamente os diagnósticos médicos de Esquizofrenia, Transtorno Bipolar de Humor, Transtornos de Personalidade, Depressão e Dependência Química (COSTA, 2010).

Participaram desta pesquisa 18 enfermeiros lotados no IPq-SC que aceitaram livremente em participar desta, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), independente do tempo de formação e ou atuação no hospital, elencando assim, os critérios de inclusão. Os critérios de exclusão estabelecidos foram: estar de férias ou licença no período da coleta de dados.

Dos participantes desta pesquisa, 16 são do sexo feminino e dois do sexo masculino, indicando uma população predominantemente feminina. Sobre o tempo de atuação no hospital, 10 dos participantes trabalham a mais de 20 anos, seis trabalham entre um e cinco anos e dois desenvolvem suas atividades no hospital entre cinco e 10 anos. Referente à formação pós-universitária dos participantes, 15 possuem especialização e três são mestres. Para garantir o seu anonimato, seus nomes foram substituídos por pseudônimos formados pela letra “E”, seguida do número correspondente à sequência dos questionários respondidos por eles.

Os dados foram coletados em dois momentos: o *primeiro* abrangeu a aplicação de um questionário semiestruturado que foram transcritos para uma planilha do *Microsoft Excel*, tendo suas informações devidamente organizadas. O *segundo* contemplou o desenvolvimento de

quatro oficinas com os enfermeiros, que foram planejadas a partir dos temas emergentes extraídos dos questionários. Os dados originados destas oficinas foram registrados em um diário de campo pelo pesquisador.

Estimando as relevantes concepções dos enfermeiros nos diferentes pontos de vista sobre a SAE e o PE, a *primeira oficina* contou com a participação de 15 enfermeiros, com a duração de 1 hora e 40 minutos. A *segunda oficina* teve a participação de 17 enfermeiros em 1 hora e 50 minutos. A *terceira oficina* contou com a participação de 16 enfermeiros e durou 1 hora e 40 minutos. Participaram da *quarta oficina* 17 enfermeiros em 1 hora e 50 minutos. A segunda, terceira e quarta oficina, concentraram um ponto central para construção das etapas do PE e o modo como estas seriam desenvolvidas na prática assistencial da equipe de enfermagem.

Para a análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin, que aponta esta técnica como um método para descrever e interpretar as mensagens emergentes dos instrumentos de coleta de dados, atingindo uma compreensão de seus significados e permitindo a inferência de conhecimento (BARDIN, 2011).

Nos segmentos da análise de conteúdo também foi proposta uma compreensão à luz do referencial Foucaultiano de *saber/poder e verdade*. Os dados também foram categorizados com base nas abordagens de Michel Foucault, de modo que foi estabelecido a estes, as relações do saber/poder dos enfermeiros, emergindo assim, novas verdades vigentes sobre o PE.

RESULTADOS

Os resultados apresentados a seguir apontaram que o envolvimento dos enfermeiros na construção de um saber coletivo para implantação da SAE no IPq-SC, se manteve apoiado nas prerrogativas éticas, técnicas e legais preconizadas pela Resolução 358/09 do COFEN que dispõe sobre a SAE e PE (COFEN, 2009).

Os instrumentos para o PE (histórico, diagnósticos e intervenções de enfermagem) construídos coletivamente nesta pesquisa, a partir do saber/poder e verdade dos participantes, tiveram como base, protótipos desenvolvidos pelos enfermeiros do IPq-SC em 2012, em um estudo sobre a viabilidade de implantação da SAE no hospital. Entretanto, estes instrumentos não foram desenvolvidos na prática assistencial dos enfermeiros na instituição.

Nas oficinas desta pesquisa, foram particularmente estabelecidos *links* do PE à teoria da relação pessoa-pessoa de Travelbee, para que a operacionalização deste método tivesse pertinência à realidade

assistencial da instituição. Cabe destacar que este suporte teórico foi definido pelos enfermeiros da instituição a partir de um estudo realizado em 2013, pelo autor desta pesquisa. Neste contexto, a utilização de um suporte teórico para sustentar o método científico da enfermagem, foi apontada como necessária pelos participantes do estudo, como seguem os relatos:

[...] A sustentabilidade do processo de enfermagem por uma teoria ajuda a nortear o cuidado ao paciente, visando o cuidado holístico [...] (E3).

[...] Orienta as ações de enfermagem através do conhecimento científico [...] (E4).

[...] Oferece a enfermagem estrutura e organização ao conhecimento, proporcionando um meio sistemático de coleta de dados, direcionado ao resultado para a promoção do cuidado holístico e não fragmentado. Como também funciona como alicerce estrutural que o torna coerente [...] (E5).

[...] A base teórica sustenta a prática, norteia o cuidado. Um trabalho cientificamente comprovado, argumentado, dá mais credibilidade e força na execução [...] (E7).

Durante a realização das oficinas que foram planejadas e orientadas mediante os temas emergentes dos questionários, os participantes refletiram sobre as etapas do PE que já desenvolveram em sua prática assistencial, bem as dificuldades e potencialidades encontradas. Neste entendimento, será apresentada a seguir uma tabela (Tabela 1) que assinala a realização das etapas do PE já desenvolvidas pelos participantes em sua prática assistencial.

Tabela 1: Etapas do PE já desenvolvidas pelos participantes do estudo em sua prática assistencial. Florianópolis, 2014.

	N	%
Histórico de Enfermagem		
Sim	17	94,5
Não	1	5,5
Total	18	100
Diagnóstico de Enfermagem		
Sim	15	83,3
Não	3	16,7
Total	18	100

	N	%
Planejamento de Enfermagem		
Sim	16	88,9
Não	2	11,1
Total	18	100
Implementação		
Sim	13	72,2
Não	5	27,8
Total	18	100
Avaliação		
Sim	15	83,3
Não	3	16,7
Total	18	100

Fonte: Dissertação de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem – BRUGGMANN (2014).

Em sua prática assistencial 17 participantes do estudo já desenvolveram o PE, e de acordo com esta realidade, este método foi percebido como um processo de trabalho relevante à profissão por garantir uma assistência de enfermagem segura e qualificada, além de também conferir autonomia e visibilidade ao enfermeiro que a executa.

Conforme com as mensagens obtidas nos questionários, os participantes da pesquisa caracterizaram o PE como um método técnico, científico e organizado, utilizado pelos enfermeiros planejar a assistência de enfermagem e avaliar o alcance dos cuidados propostos, como segue os relatos abaixo:

[...] É um método científico que eleva a qualidade da assistência de enfermagem [...] (E1).

[...] O processo de enfermagem compõe-se de ações sistematizadas e inter-relacionadas visando à assistência ao ser humano [...] (E2).

[...] Processo de Enfermagem é um método ou modo de fazer relacionado ao conhecimento técnico-científico [...] (E3).

[...] É um instrumento metodológico do profissional de enfermagem que possibilita ao profissional enfermeiro organizar, planejar e estruturar a ordem e a direção do cuidado [...] (E5).

[...] Conjunto de ações que se executa, mediante um determinado modo de fazer e sugerindo um determinado modo de pensar, em face da necessidade da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, que demandam o cuidado profissional [...] (E6).

[...] No processo de enfermagem o profissional vê o indivíduo (paciente) como um todo. Considera suas necessidades físicas, mentais, psicológicas, sociais, o que permite uma avaliação [...] (E12).

Durante as oficinas foi construído coletivamente pelos participantes do estudo, um instrumento de coleta de dados, o qual configurou o histórico de enfermagem a ser utilizado na instituição. Esta ferramenta foi amplamente discutida pelos enfermeiros e considerou as premissas básicas da teoria de Joyce Travelbee sobre a relação pessoa-pessoa, as funções psíquicas e o exame físico, de modo a possibilitar ao profissional, uma visão holística do ser humano. A seguir, no Quadro 3, é apresentado o histórico de enfermagem elaborado e adotado pelos participantes do estudo na referida instituição:

Quadro 3: Histórico de Enfermagem. Florianópolis, 2014.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM		
Data: ____/____/____	Unidade: _____	 IPq INSTITUTO de PSIQUIATRIA de Santa Catarina
Nome: _____	Idade: _____	
<input type="checkbox"/> 1ª internação	<input type="checkbox"/> Reinternação	
<input type="checkbox"/> Internação voluntária	<input type="checkbox"/> Internação involuntária	
<input type="checkbox"/> Internação Compulsória		
Motivo da internação: _____		
Sem condições de entrevista: _____		
Aparência geral/Higiene pessoal		
<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
FUNÇÕES PSÍQUICAS		
1. Consciência		
<input type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Obnubilação	<input type="checkbox"/> Confusão
<input type="checkbox"/> Estupor		
2. Atenção		
<input type="checkbox"/> Normopresexia	<input type="checkbox"/> Hiperpresexia	<input type="checkbox"/> Hipopresexia
<input type="checkbox"/> Normovigil	<input type="checkbox"/> Hipervigil	<input type="checkbox"/> Hipovigil

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

3. Orientação

() Orientado () Parcialmente orientado () Desorientado

4. Memória

() Preservada () Hipermnésia () Hipomnésia
() Amnésia

5. Pensamento/Juízo da Realidade

() Lógico () Organizado () Lentificado
() Bloqueio () Acelerado () Mágico
() Dissociado () Desagregado () Fuga de ideias
() Persecutório () Depreciativo () Místico
() Sexuais () Ideias eufóricas/grandeza/poder
() Ideias de ruína

6. Linguagem/Discurso

() Lógico/receptivo () Afasia () Mutismo
() Bradifasia () Dislalia () Disartria
() Ecolalia () Logorreia () Prolixidade
() Neologismo () Disfemia () Coprolalia

7. Sensopercepção

() Hiperestesia () Hipoestesia
() Parestesia () Anestesia
() Alucinação auditiva () Alucinação Visual
() Alucinação tátil () Alucinação olfativa
() Alucinação gustativa () Alucinação cinestésica
() Alucinação cenestésica

8. Humor/Afetividade

() Eutímico () Hipertímico () Hipotímico
() Irritável () Pueril () Ansioso
() Fóbico () Embotado () Lábil
() Anedonia () Pânico
() Ambivalência Afetiva

9. Vontade

() Normobulia () Abulia () Hipobulia
() Hiperbulia

10. Psicomotricidade

() Agitado () Lentificado () Tiques
() Conversão () Maneirismo () Estereotípias
() Acatisia () Distonia

Padrão do sono

() Adequado () Insônia

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

Uso de substâncias psicoativas

- | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |
| <input type="checkbox"/> <i>Cannabis</i> | <input type="checkbox"/> Cocaína | <input type="checkbox"/> Crack |
| <input type="checkbox"/> Álcool | <input type="checkbox"/> Tabaco | <input type="checkbox"/> LSD |
| <input type="checkbox"/> <i>Ecstasy</i> | <input type="checkbox"/> Outras | |

Riscos

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Suicídio | <input type="checkbox"/> Fuga | <input type="checkbox"/> Heteroagressão |
| <input type="checkbox"/> Autoagressão | | |

EXAME FÍSICO

1. Sinais Vitais

Pressão Arterial: _____ Temperatura: _____ FC: _____

FR: _____ HGT: _____

2. Alergia

- Sim Não

3. Medicações em uso

4. Comorbidade clínica

5. Sistema Neurológico

6. Sistema Cardiovascular

7. Sistema Respiratório

8. Sistema Gastrointestinal

9. Sistema Geniturinário

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

10. Pele e mucosas

11. Estado Nutricional

12. Hidratação

13. Observações gerais

Assinatura:

Fonte: Dissertação de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem – BRUGGMANN (2014).

Em seguimento à construção coletiva do histórico de enfermagem pelos participantes do estudo, foram discutidos os Diagnósticos de Enfermagem, que são definidos pelo COFEN (2009, p. 2), como o “processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa” do PE. Os conceitos diagnósticos representam “as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença”. Assim, o diagnóstico de enfermagem emerge como “base para seleção das intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados”. Os Diagnósticos de Enfermagem desta pesquisa seguiram a classificação diagnóstica da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I, 2013) por decisão dos enfermeiros, por sua maior aproximação com esta classificação. Neste contexto, é apresentado a seguir no Quadro 4, o instrumento que contempla os diagnósticos de enfermagem selecionados pelos participantes da pesquisa para ser utilizado no hospital:

Quadro 4: Diagnósticos de Enfermagem. Florianópolis, 2014.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Data: ____/____/____	Unidade: _____
Nome: _____	Idade: _____



IPq INSTITUTO de
PSQUIATRIA
de Foz de São Carlos

() **Confusão aguda** relacionada à: () abuso de substâncias, () delírio, evidenciada por: () agitação aumentada, () flutuação na cognição.

() **Manutenção ineficaz da saúde** relacionada à: prejuízo cognitivo, evidenciada por: falta demonstrada de conhecimento com relação às práticas básicas de saúde.

() **Comunicação verbal prejudicada** relacionada à: () baixa autoestima situacional, () efeitos colaterais relacionados ao tratamento, evidenciada por: () recusa obstinada a falar, () verbalizar com dificuldade.

() **Autonegligência** relacionada à: () prejuízo cognitivo, () abuso de drogas, evidenciada por: higiene pessoal inadequada.

() **Déficit no autocuidado para alimentação** relacionada à: () prejuízo cognitivo, () ansiedade grave, evidenciada por: incapacidade de ingerir alimentos em quantidade suficientes.

() **Percepção sensorial prejudicada** relacionada à: () interação sensorial prejudicada, () estresse psicológico, evidenciada por: () alucinações, () mudança no padrão do comportamento.

() **Risco de distúrbio na identidade pessoal** relacionada à: transtornos psiquiátricos.

() **Controle de impulsos ineficaz** relacionado à: () transtorno de humor, () abuso de drogas, () idéias delirantes, evidenciada por: () irritabilidade, () violência.

() **Risco de violência direcionada a outros** relacionado à: () sintomatologia psicótica, () história de comportamento antissocial violento.

() **Interação social prejudicada** relacionada à: () distúrbio no autoconceito, () processo de pensamentos perturbados, evidenciada por: interação disfuncional com outras pessoas.

() **Processos familiares disfuncionais** relacionados à: () personalidade que predispõe ao vício, () história familiar de resistência ao tratamento, evidenciados por: () incapacidade de lidar com conflitos, () abuso de drogas.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- () **Baixa autoestima situacional** relacionada à: () fracassos, () perda, evidenciada por: verbalizações autonegativas.
- () **Desesperança** relacionada à: () isolamento social, () estresse prolongado, evidenciada por: afeto diminuído.
- () **Insônia** relacionada à: () ansiedade, () sono interrompido, () fatores ambientais, () depressão, () medo, evidenciada por: relato de insatisfação com o sono (atual).
- () **Ansiedade** relacionada à: () crise situacional, () abuso de substância, evidenciada por: () preocupação, () nervosismo, () medo de consequências inespecíficas.
- () **Medo** relacionado à: estímulo fóbico, evidenciado por: relato de apreensão.
- () **Risco de Automutilação** relacionado à: () estado psicótico, () baixa autoestima, () abuso de drogas.
- () **Risco de suicídio** relacionado à: transtornos psiquiátricos.
- () **Troca de gases prejudicada** relacionada à: dispneia, evidenciada por: desequilíbrio na relação ventilação-perfusão.
- () **Risco de aspiração** relacionado à: () nível de consciência reduzido, () alimentação por sonda, () dentição prejudicada.
- () **Dor aguda** relacionada à: agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos) evidenciados por: relato verbal de dor.
- () **Risco de infecção** relacionado à: () tecido traumatizado, () conhecimento deficiente para evitar exposição a patógenos.
- () **Risco de lesão** relacionado à: disfunção sensorial.
- () **Integridade da pele prejudicada** relacionada à: () fatores mecânicos, () extremos de idade, evidenciada por: rompimento das estruturas da pele.
- () **Volume de líquidos deficiente** relacionado à: () falha dos mecanismos reguladores, () perda ativa do volume de líquidos, evidenciado por: () diminuição do turgor da pele, () mucosas secas.
- () **Eliminação urinária prejudicada** relacionada à: () infecção do trato urinário, () múltiplas causas, evidenciada por: () disúria, () incontinência.
- () **Diarreia** relacionada a: () ansiedade, () efeitos adversos de medicamentos, () má absorção,

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- () contaminação, evidenciada por: () dor abdominal, () urgência para evacuar.
- () **Constipação** relacionada à: () mudança nos padrões alimentares, () uso de medicamentos, evidenciada por: volume de fezes diminuído.
- () **Risco de quedas** relacionado à: () estado mental diminuído, () agentes ansiolíticos, () mobilidade física prejudicada.

Assinatura:

Fonte: Dissertação de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem – BRUGGMANN (2014).

A etapa de Planejamento de Enfermagem é consecutiva à diagnóstica, e, para tanto, o COFEN (2009, p. 3) a define como um momento para definição dos “resultados que se espera alcançar”, bem como das intervenções que serão efetivadas face à resposta humana no processo de saúde e doença, levantadas na fase diagnóstica. Neste sentido, o delineamento das intervenções de enfermagem elaboradas pelos enfermeiros foi marcado por alguns verbos infinitivos, os quais incluem: comunicar, registrar, atentar, orientar, supervisionar, estimular, intensificar, realizar e avaliar.

A predominância pelos verbos supracitados elencados nas intervenções de enfermagem se dá pelo fato de a pessoa com transtorno mental apresentar suas funções psíquicas prejudicadas com eminência de riscos comportamentais, identificados na etapa diagnóstica. Igualmente importante, destaco que foi construída coletivamente pelos participantes, uma prescrição de enfermagem padrão flexível e passível de alterações conforme avaliação do enfermeiro. Deste modo, serão apresentadas a seguir no Quadro 5, as intervenções que contemplam a prescrição de enfermagem da instituição:

Quadro 5: Intervenções de Enfermagem elaboradas pelos participantes do estudo. Florianópolis, 2014.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Comunicar rebaixamento de nível de consciência
 Verificar sinais vitais () x/dia

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Estimular/Auxiliar/Supervisionar ingestão hídrica e alimentar
 Registrar ingestão medicamentosa
 Comunicar/Registrar sinais/sintomas de intoxicação medicamentosa
 Atentar/Registrar ao Risco de Queda
 Orientar/Supervisionar/Auxiliar/Realizar banho () aspersão ()
 leito
 Orientar/Supervisionar/Auxiliar/Realizar higiene oral 5x/dia
 Supervisionar/Fornecer/Auxiliar vestimentas adequadas
 Comunicar alterações do pensamento e sensopercepção
 Atentar/Registrar Riscos de Agressão
 Atentar/Registrar Risco de Fuga
 Intensificar vigilância em Riscos de Suicídio
 Comunicar/Registrar sinais de agitação psicomotora
 Comunicar/Registrar sinais e sintomas de ansiedade
 Comunicar/Registrar padrão do sono
 Comunicar/Registrar queixas de dor ou desconforto
 Avaliar as contenções físicas do paciente para evitar lesões
 Comunicar/Registrar presença de lesões/traumas
 Registrar características das eliminações vesicais e intestinais
 Realizar rodízio para injeção IM/SC conforme tabela
 Realizar massagem de conforto/mudança de decúbito conforme tabela
 Estimular participação em grupos terapêuticos

Fonte: Dissertação de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem – BRUGGMANN (2014).

A etapa de Implementação é assinalada pelo COFEN (2009, p. 3) como a “realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem”. Consiste fundamentalmente em aplicar as intervenções que foram elaboradas na fase do Planejamento de Enfermagem. Neste momento, a equipe de enfermagem necessita participar ativamente do processo, consolidando intervenções e vínculo com o paciente.

A Avaliação de Enfermagem pauta-se em um “processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana” no momento determinado do processo de saúde doença. Sumariamente, nesta etapa, serão investigadas as consequências das intervenções de enfermagem, considerando os resultados esperados e os alcançados. Neste momento avalia-se também a “necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do PE” COFEN (2009, p. 3).

Os participantes da pesquisa sinalizaram a necessidade de a evolução de enfermagem estabelecer um padrão organizado dos dados, com a devida segurança da informação e que reflita a real condição do paciente. Deste modo, os registros no prontuário físico e eletrônico terão seus dados organizados em quatro aspectos: subjetivos, objetivos, avaliação e plano, que são, respectivamente, definidos por Pinha, Santos e Kantorski (2007), como dados Subjetivos, Objetivos, Avaliação e Plano. Tal método de registro em prontuário foi deliberado pelos participantes da pesquisa, reverberado por meio de sua prática assistencial. Este método de registro dos dados se apresenta de maneira sistemática e holística.

DISCUSSÃO

Como marco fundamental para aplicação do PE por meio da SAE, Crossetti (2008) aponta a necessidade da escolha de um referencial teórico, que tenha aderência ou relação com a filosofia do cuidado no contexto da prática assistencial. Neste sentido, a Resolução COFEN Nº 358/09 determina em seu Art. 3º que o PE deve sistematicamente “estar baseado em um suporte teórico” que guie a coleta de informações, estabelecendo os diagnósticos de enfermagem e planejamento das intervenções, fornecendo então, a possibilidade de uma avaliação dos resultados esperados (COFEN, 2009, p. 3).

O PE é representado no cenário nacional, como um método de trabalho que os enfermeiros utilizam para planejar a assistência aos pacientes, sendo considerado *sistemático*, por estar apoiado em etapas inter-relacionadas e *humanizado* por atender individual e integralmente as necessidades dos indivíduos (DEL’ ANGELO, 2010).

Maria, Quadros e Grassi (2012, p. 298) atribuem ao PE, a “representação maior do método científico da profissão, sendo direcionado pela SAE”, e nesta lógica acontece o “desenvolvimento e organização do trabalho da equipe”.

Nascimento et al (2012, p. 182) mencionam a necessidade de os enfermeiros desenvolverem o PE em sua prática assistencial, pois este método representa um “trabalho intelectual” estimulante ao seu senso crítico e reflexivo. Assim, estes profissionais estarão mais próximos de questionar suas próprias atitudes, qualificando sua assistência prestada com base nos conhecimentos científicos.

É relevante destacar que o saber dos participantes acerca do PE vai ao encontro do estabelecido pelo COFEN (2009, p.2-3) em relação às suas fases, a citar, o “Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem,

Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem”.

O histórico de enfermagem tem o objetivo essencial de colher informações do paciente por meio da entrevista, exame físico (inspeção, palpação, percussão e ausculta) e consulta ao prontuário. Consiste em um método direcionado ao conhecimento da situação de saúde do paciente ou comunidade, identificação dos seus problemas e necessidades, para então, serem planejadas as demais etapas do PE (CARPENITO- MOYET, 2007).

De acordo com a Resolução 358/09 do COFEN, o Histórico de Enfermagem consiste em um “processo deliberado, sistemático e contínuo” realizado pelos enfermeiros com auxílio de técnicas, tendo o objetivo maior de obter informações sobre a “pessoa, família ou coletividade humana” e suas respostas no processo de saúde e doença (COFEN, 2009, p. 2).

Argenta (2010) assinala em seu estudo que para o histórico de enfermagem atender seus objetivos primários, é necessária a construção ou utilização de instrumentos validados, segundo o referencial teórico que o serviço de enfermagem da instituição estabeleceu. Neste aspecto, o saber coletivo construído pelos enfermeiros do IPq-SC culminou na produção do histórico de enfermagem da instituição.

Souza e Valadares (2011) apontam que o saber científico dispensado à formulação diagnóstica de enfermagem outorga autonomia ao enfermeiro, possibilitando uma assistência qualificada ao paciente através de intervenções adequadas e abordagens holísticas.

Santos et al (2008) acrescentam que a utilização de linguagens padronizadas para nomear e classificar os diagnósticos de enfermagem se caracterizam como método desafiador que busca a unificação, comunicação e informação dos julgamentos dos enfermeiros acerca das respostas humanas aos problemas de saúde.

A *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I) elenca uma classificação diagnóstica amplamente difundida e internacionalmente conhecida como fonte firmada de terminologias para os diagnósticos de enfermagem (NANDA-I, 2010).

Nesta concepção, os diagnósticos estabelecidos pela NANDA-I (2013, p. 588-599) são classificados em “diagnósticos de enfermagem reais, de promoção da saúde, de risco e de síndrome”. Os componentes de um diagnóstico compreendem o enunciado diagnóstico, definição, características definidoras, fatores de risco e fatores relacionados. O enunciado diagnóstico “estabelece um nome ao diagnóstico e inclui, pelo menos, o foco do diagnóstico (do eixo 1) e o julgamento de enfermagem

(do eixo 3)”. Relaciona-se a um termo ou locução concisa que representa um padrão de pistas relacionadas e que indica um nome para o diagnóstico. A definição oferece um detalhamento claro e preciso que traça seu significado e auxilia a diferenciá-lo de diagnósticos parecidos. As características definidoras representam “inferências observáveis que se agrupam como manifestações de um diagnóstico de enfermagem real ou de promoção de saúde”. Os fatores de risco integram “fatores ambientais, elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos ou químicos”, que ampliam a vulnerabilidade do indivíduo, família ou comunidade, mediante um evento nocivo. Somente diagnósticos de risco possuem fatores de risco. Por último, os fatores relacionados, indicam algum tipo de relacionamento padronizado com o diagnóstico de enfermagem, podendo ser descritos como “antecedentes de, associados a, relacionados a, contribuintes para ou estimuladores”.

Durante a explanação dos diagnósticos de enfermagem nas oficinas, foi identificada um expressivo segmento de participantes que conheciam a classificação diagnóstica de NANDA-I (aproximadamente 80%), apesar de não dominarem totalmente a temática. Mediante esta evidência, foram realizados dois momentos para dar maior aproximação dos participantes ao tema, com relevantes discussões dos fatores relacionados e características definidoras dos diagnósticos apresentados pelo pesquisador.

Para seleção dos principais diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e características definidoras, os participantes do estudo estiveram apoiados em seu saber e sua verdade sobre uma assistência de enfermagem adequada. Os diagnósticos selecionados para comporem o instrumento validado na instituição, foram minuciosamente planejados e discutidos, de modo a se aproximarem do perfil de pacientes atendidos na instituição. Este instrumento foi construído da forma apresentada para ser exequível na prática assistencial, tendo em vista o grande número de pacientes internados. É flexível e permite a inclusão de outros diagnósticos, conforme a avaliação do enfermeiro ao paciente atendido. Também é expressivo destacar a hegemonia dos diagnósticos de enfermagem relacionados aos “prejuízos mentais”, entretanto, sem que houvesse a ausência de diagnósticos clínicos. Os enfermeiros estruturaram o instrumento com base na relevância de a instituição ser especializada no atendimento de pessoas com transtornos mentais, sem deixar de considerar sua natureza e os potenciais riscos de intercorrências clínicas.

As intervenções foram planejadas pelos enfermeiros para substanciar reações saudáveis, para prevenir e reduzir os riscos e também

para ratificar os comportamentos não saudáveis do paciente. A prescrição de enfermagem foi construída pelos enfermeiros mediante o saber emergente da sua formação acadêmica e prática assistencial. A verdade está apoiada em um planejamento necessário sobre as necessidades das pessoas com transtornos mentais, com a suposição de bons resultados mediante a avaliação. O método de registro de dados em prontuário físico ou eletrônico do paciente foi originado a partir da verdade dos enfermeiros sobre a segurança da informação, bem como a organização destas informações.

As relações Foucaultianas de *saber/poder e verdade* se relacionaram particularmente com o discurso dos participantes acerca da construção do PE, para modificar a assistência de enfermagem, desconstruir paradigmas e validar novos saberes e verdades que emergem dos próprios enfermeiros. Ainda é relevante destacar que o saber expresso pelos enfermeiros esteve centrado em uma concepção que valoriza o direito dos pacientes a uma assistência de enfermagem segura, ética e comprometida. Mesmo percebendo que todo saber traz consigo verdades e resistências, é considerável salientar que para se desconstruir paradigmas nas sociedades, também é necessário que se esteja na presença do saber/poder. O poder dos enfermeiros concebeu, neste caso, uma nova verdade vigente que pode ser representada pelos instrumentos que constituem as etapas do PE e seu referencial teórico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do presente estudo evidenciou que o conhecimento científico aliado à prática assistencial dos enfermeiros de um hospital psiquiátrico, resultou na construção coletiva de instrumentos que compõem as etapas do PE. Neste sentido, é relevante destacar que a percepção dos enfermeiros sobre a SAE, bem como a integração das etapas do PE em sua prática assistencial, se firmam enquanto um momento expressivo, que vislumbra a completude desta pesquisa.

Os participantes apontaram o PE como um método organizado para desenvolver a assistência de enfermagem, bem como ressaltaram a relevância de os enfermeiros desenvolverem em sua prática assistencial, pois este qualifica a assistência e promove segurança ao paciente. Também foi discutida a relevância de sustentar a construção do PE na Resolução 358/2009 do COFEN, que trata de uma verdade vigente sobre a assistência de enfermagem. A necessidade de se estabelecer um *link* do PE com os pressupostos da teoria da relação pessoa-pessoa de Travelbee foi um momento de reflexão dos enfermeiros, pois estes vislumbaram

sua aproximação na assistência às pessoas com transtornos mentais, bem como o vínculo que esta possibilita.

É pertinente salientar que o fato da maioria dos participantes do estudo terem tido contato com o PE em sua formação acadêmica, tornou mais fácil o processo de construção coletiva deste saber. O histórico de enfermagem foi planejado de forma a destacar a avaliação das funções psíquicas e físicas do paciente. Neste sentido, foi expressivo o destaque minucioso das funções psíquicas pelos enfermeiros, as quais emergem como saber mais desenvolvido na prática assistencial destes profissionais.

A etapa diagnóstica apresentou um pouco mais de dificuldades em sua construção, haja vista o conhecimento existente, porém fragilizado sobre a classificação da NANDA-I pelos participantes da pesquisa. Ainda assim, foram selecionados para compor a segunda etapa do PE, 29 diagnósticos de enfermagem, com seus respectivos fatores relacionados e características definidoras, conforme a Taxonomia II da NANDA I.

A fase de planejamento contou com a experiência dos enfermeiros acerca da assistência de enfermagem à pessoa com transtorno mental, sendo que, deste modo, foi possível destacar a completude das intervenções que compuseram a prescrição de enfermagem, que ainda contempla espaço para novas intervenções. A escolha do método de registro dos dados no prontuário físico e eletrônico do paciente, organizados nos aspectos *Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano* foi deliberado pelos participantes, no qual totalizou a plenitude das etapas do PE construído coletivamente pelos enfermeiros deste hospital psiquiátrico.

Referências

ARGENTA, M. I. **Congruência entre o ensino da sistematização da assistência de enfermagem e o processo de trabalho do enfermeiro.**

2011. 216 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** 70. ed. São Paulo: 2011.

BORENSTEIN, M. S.; et al. **Historicizando a enfermagem e os pacientes em um hospital psiquiátrico.** Rev. Bras. Enferm. [online], 2003, v. 56, n. 2, pp. 201-205. ISSN 0034-7167.

BORGES, V. T. **Um "depósito de gente":** as marcas do sofrimento e as transformações no antigo Hospital Colônia Sant'Ana e na assistência

psiquiátrica em Santa Catarina, 1970-1996. *Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos* [online], 2013, v. 20, n. 4, pp. 1531-1549. ISSN 0104-5970.

CARPENITO-MOYET, L. J. **Compreensão do processo de enfermagem**: mapeamento de conceitos e planejamento do cuidado para estudantes. Porto Alegre: Artmed, 2007.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Nº 358/2009. In: **Portal do COFEN**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 10 out. 2012.

COSTA, E. **Hospital Colônia Sant'Ana**: o saber poder dos enfermeiros e as transformações históricas (1971-1981). 2010. 220p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

CROSSETTI, M. G. O. **Processo diagnóstico na Enfermagem**: condições para tomada de decisão do enfermeiro. *Rev Enfermagem Atual*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 44, p. 46-50. Mar-Abr 2008.

DEL' ANGELO, N.; et al. **Diagnósticos de enfermagem de prematuros sob cuidados intermediários**. *Rev. Bras. Enferm.* [online], 2010, v. 63, n. 5, pp. 755-761. ISSN 0034-7167.

FIGUEIREDO, R.; et al. **Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil**. *Rev. Esc. Enferm. USP* [online], 2006, v.40, n. 2, pp. 299-303. ISSN 0080-6234.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

HORTA, W. **Processo de Enfermagem**. São Paulo (SP): EPU; 1979.

KOERICH, A. M. E. **Hospital Colônia Sant'Ana**: Reminiscências dos trabalhadores de enfermagem (1951-1971). Dissertação Mestrado em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008, 107 f.

MARIA, M. A.; QUADROS, F.; GRASSI, M. F. O. **Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação.** Rev. Bras. Enferm. [online], 2012, v. 65, n. 2, pp. 297-303. ISSN 0034-7167.

NASCIMENTO, L. K. A. S.; et al. **Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura.** Rev. Gaúcha Enferm. [online], 2012, v. 33, n. 1, pp. 177-185. ISSN 1983-1447.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2009-2011.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

_____. North American Nursing Diagnosis Association International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2012-2014.** Porto Alegre: Artmed, 2013.

PINHA, L. B.; SANTOS, S. M. A.; KANTORSKI, P. L. **Análise do processo de trabalho da enfermagem de terapia intensiva.** Revista de Enfermagem, v. 16, n.4 Florianópolis, 2007.

SANTOS, A. S. R.; et al. **Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos: um estudo retrospectivo.** Texto contexto – Enferm. [online], 2008, v. 17, n. 1, pp. 141-149. ISSN 0104-0707.

SOUZA, A. S.; VALADARES, G. V. **Desvelando o saber/fazer sobre os diagnósticos de enfermagem: experiência vivida em neurocirurgia oncológica.** Rev. Bras. Enferm., v. 64, n. 5, pp. 890 – 897, 2011.

TRUPPEL, T. C.; et al. **Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 62, n. 2, 2009.

6 PRODUTO FINAL

A partir desta pesquisa foi possível construir coletivamente com os enfermeiros do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina um saber coletivo para implantação da SAE e PE na instituição, com base na Resolução 358/09 do COFEN, o qual será apresentado a seguir.

6.1 REFERENCIAL TEÓRICO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM DO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Em outubro de 2013 foi realizada uma atividade com quinze enfermeiros do IPq/SC, onde foi definida a *Teoria da Relação Pessoa-Pessoa de Joyce Travelbee* como *referencial teórico* para sustentar o PE na instituição. A atividade incitou discussões e reflexões sobre a teoria de enfermagem mais relevante para sustentar o PE à pessoa com transtorno mental internada neste hospital. Durante a atividade foi possível identificar maior propriedade dos enfermeiros em discutir a teoria das *Necessidades Humanas Básicas* de Wanda de Aguiar Horta, do *Autocuidado* de Dorothea Orem e da *Relação Pessoa-Pessoa* de Joyce Travelbee.

Os enfermeiros destacaram que as relações emergentes da assistência de enfermagem no IPq/SC são relevantes às concepções da teoria de Travelbee, por possibilitar a construção do vínculo entre enfermeiro e paciente. Também é considerável apontar que a teoria da relação pessoa-pessoa contempla uma peculiar representação da assistência de enfermagem à pessoa com transtorno mental, sendo que, deste modo, foi aprovada pelos enfermeiros como suporte teórico do PE na instituição.

6.2 PROCESSO DE ENFERMAGEM DO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA

Maria, Quadros e Grassi (2012) apontam que o PE representa a cientificidade da profissão, sendo este, guiado pela SAE, que por sua vez, organiza o processo de trabalho do enfermeiro quanto à metodologia, recursos humanos e materiais. Neste entendimento, é relevante destacar que o objetivo essencial da SAE contempla a operacionalização do PE de forma sistemática e organizada.

A construção do saber coletivo que representa atualmente o PE no IPq/SC aconteceu a partir desta pesquisa, entre março e abril de 2014,

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

- | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lógico/receptivo | <input type="checkbox"/> Afasia | <input type="checkbox"/> Mutismo |
| <input type="checkbox"/> Bradifasia | <input type="checkbox"/> Dislalia | <input type="checkbox"/> Disartria |
| <input type="checkbox"/> Ecolalia | <input type="checkbox"/> Logorrea | <input type="checkbox"/> Prolixidade |
| <input type="checkbox"/> Neologismo | <input type="checkbox"/> Disfemia | <input type="checkbox"/> Coprolalia |

7. Sensopercepção

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hiperestesia | <input type="checkbox"/> Hipoestesia |
| <input type="checkbox"/> Parestesia | <input type="checkbox"/> Anestesia |
| <input type="checkbox"/> Alucinação auditiva | <input type="checkbox"/> Alucinação Visual |
| <input type="checkbox"/> Alucinação tátil | <input type="checkbox"/> Alucinação olfativa |
| <input type="checkbox"/> Alucinação gustativa | <input type="checkbox"/> Alucinação cinestésica |
| <input type="checkbox"/> Alucinação cenestésica | |

8. Humor/Afetividade

- | | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Eutímico | <input type="checkbox"/> Hipertímico | <input type="checkbox"/> Hipotímico |
| <input type="checkbox"/> Irritável | <input type="checkbox"/> Pueril | <input type="checkbox"/> Ansioso |
| <input type="checkbox"/> Fóbico | <input type="checkbox"/> Embotado | <input type="checkbox"/> Lábil |
| <input type="checkbox"/> Anedonia | <input type="checkbox"/> Pânico | |
| <input type="checkbox"/> Ambivalência Afetiva | | |

9. Vontade

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Normobulia | <input type="checkbox"/> Abulia | <input type="checkbox"/> Hipobulia |
| <input type="checkbox"/> Hiperbulia | | |

10. Psicomotricidade

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Agitado | <input type="checkbox"/> Lentificado | <input type="checkbox"/> Tiques |
| <input type="checkbox"/> Conversão | <input type="checkbox"/> Maneirismo | <input type="checkbox"/> Estereotípias |
| <input type="checkbox"/> Acatisia | <input type="checkbox"/> Distonía | |

Padrão do sono

- | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adequado | <input type="checkbox"/> Insônia |
|-----------------------------------|----------------------------------|

Uso de substâncias psicoativas

- | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | |
| <input type="checkbox"/> <i>Cannabis</i> | <input type="checkbox"/> Cocaína | <input type="checkbox"/> Crack |
| <input type="checkbox"/> Álcool | <input type="checkbox"/> Tabaco | <input type="checkbox"/> LSD |
| <input type="checkbox"/> <i>Ecstasy</i> | <input type="checkbox"/> Outras | |

Riscos

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Suicídio | <input type="checkbox"/> Fuga | <input type="checkbox"/> Heteroagressão |
| <input type="checkbox"/> Autoagressão | | |

EXAME FÍSICO

1. Sinais Vitais

Pressão Arterial: _____ Temperatura: _____ FC: _____

FR: _____ HGT: _____

2. Alergia

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

() Sim () Não

3. Medicamentos em uso

4. Comorbidade clínica

5. Sistema Neurológico

6. Sistema Cardiovascular

7. Sistema Respiratório

8. Sistema Gastrointestinal

9. Sistema Geniturinário

10. Pele e mucosas

11. Estado Nutricional

12. Hidratação

13. Observações gerais

Assinatura:

Fonte: Dissertação de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem – BRUGGMANN (2014).

Quadro 7: Diagnósticos de Enfermagem. Florianópolis, 2014.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Data: ____/____/____	Unidade: _____
Nome: _____	Idade: _____
	
<input type="checkbox"/>	Confusão aguda relacionada à: <input type="checkbox"/> abuso de substâncias, <input type="checkbox"/> delírio, evidenciada por: <input type="checkbox"/> agitação aumentada, <input type="checkbox"/> flutuação na cognição.
<input type="checkbox"/>	Manutenção ineficaz da saúde relacionada à: prejuízo cognitivo, evidenciada por: falta demonstrada de conhecimento com relação às práticas básicas de saúde.
<input type="checkbox"/>	Comunicação verbal prejudicada relacionada à: <input type="checkbox"/> baixa autoestima situacional, <input type="checkbox"/> efeitos colaterais relacionados ao tratamento, evidenciada por: <input type="checkbox"/> recusa obstinada a falar, <input type="checkbox"/> verbalizar com dificuldade.
<input type="checkbox"/>	Autonegligência relacionada à: <input type="checkbox"/> prejuízo cognitivo, <input type="checkbox"/> abuso de drogas, evidenciada por: higiene pessoal inadequada.
<input type="checkbox"/>	Déficit no autocuidado para alimentação relacionada à: <input type="checkbox"/> prejuízo cognitivo, <input type="checkbox"/> ansiedade grave, evidenciada por: incapacidade de ingerir alimentos em quantidade suficientes.
<input type="checkbox"/>	Percepção sensorial prejudicada relacionada à: <input type="checkbox"/> interação sensorial prejudicada, <input type="checkbox"/> estresse psicológico, evidenciada por: <input type="checkbox"/> alucinações, <input type="checkbox"/> mudança no padrão do comportamento.
<input type="checkbox"/>	Risco de distúrbio na identidade pessoal relacionada à: transtornos psiquiátricos.
<input type="checkbox"/>	Controle de impulsos ineficaz relacionado à: <input type="checkbox"/> transtorno de humor, <input type="checkbox"/> abuso de drogas, <input type="checkbox"/> idéias delirantes, evidenciada por: <input type="checkbox"/> irritabilidade, <input type="checkbox"/> violência.
<input type="checkbox"/>	Risco de violência direcionada a outros relacionado à: <input type="checkbox"/> sintomatologia psicótica, <input type="checkbox"/> história de comportamento antissocial violento.
<input type="checkbox"/>	Interação social prejudicada relacionada à: <input type="checkbox"/> distúrbio no autoconceito, <input type="checkbox"/> processo de pensamentos perturbados, evidenciada por: interação disfuncional com outras pessoas.
<input type="checkbox"/>	Processos familiares disfuncionais relacionados à: <input type="checkbox"/> personalidade que predispõe ao vício, <input type="checkbox"/> história familiar de resistência ao tratamento, evidenciados por: <input type="checkbox"/> incapacidade de lidar com conflitos, <input type="checkbox"/> abuso de drogas.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- () **Baixa autoestima situacional** relacionada à: () fracassos, () perda, evidenciada por: verbalizações autonegativas.
- () **Desesperança** relacionada à: () isolamento social, () estresse prolongado, evidenciada por: afeto diminuído.
- () **Insônia** relacionada à: () ansiedade, () sono interrompido, () fatores ambientais, () depressão, () medo, evidenciada por: relato de insatisfação com o sono (atual).
- () **Ansiedade** relacionada à: () crise situacional, () abuso de substância, evidenciada por: () preocupação, () nervosismo, () medo de consequências inespecíficas.
- () **Medo** relacionado à: estímulo fóbico, evidenciado por: relato de apreensão.
- () **Risco de Automutilação** relacionado à: () estado psicótico, () baixa autoestima, () abuso de drogas.
- () **Risco de suicídio** relacionado à: transtornos psiquiátricos.
- () **Troca de gases prejudicada** relacionada à: dispneia, evidenciada por: desequilíbrio na relação ventilação-perfusão.
- () **Risco de aspiração** relacionado à: () nível de consciência reduzido, () alimentação por sonda, () dentição prejudicada.
- () **Dor aguda** relacionada à: agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos) evidenciados por: relato verbal de dor.
- () **Risco de infecção** relacionado à: () tecido traumatizado, () conhecimento deficiente para evitar exposição a patógenos.
- () **Risco de lesão** relacionado à: disfunção sensorial.
- () **Integridade da pele prejudicada** relacionada à: () fatores mecânicos, () extremos de idade, evidenciada por: rompimento das estruturas da pele.
- () **Volume de líquidos deficiente** relacionado à: () falha dos mecanismos reguladores, () perda ativa do volume de líquidos, evidenciado por: () diminuição do turgor da pele, () mucosas secas.
- () **Eliminação urinária prejudicada** relacionada à: () infecção do trato urinário, () múltiplas causas, evidenciada por: () disúria, () incontinência.
- () **Diarreia** relacionada a: () ansiedade, () efeitos adversos de medicamentos, () má absorção, () contaminação, evidenciada por: () dor abdominal, () urgência para evacuar.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
()	Constipação relacionada à: () mudança nos padrões alimentares, () uso de medicamentos, evidenciada por: volume de fezes diminuído.
()	Risco de quedas relacionado à: () estado mental diminuído, () agentes ansiolíticos, () mobilidade física prejudicada.
Assinatura:	

Fonte: Dissertação de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem – BRUGGMANN (2014).

Quadro 8: Intervenções de Enfermagem elaboradas pelos participantes do estudo. Florianópolis, 2014.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Comunicar rebaixamento de nível de consciência
Verificar sinais vitais () x/dia
Estimular/Auxiliar/Supervisionar ingesta hídrica e alimentar
Registrar ingesta medicamentosa
Comunicar/Registrar sinais/sintomas de intoxicação medicamentosa
Atentar/Registrar ao Risco de Queda
Orientar/Supervisionar/Auxiliar/Realizar banho () aspersão () leito
Orientar/Supervisionar/Auxiliar/Realizar higiene oral 5x/dia
Supervisionar/Fornecer/Auxiliar vestimentas adequadas
Comunicar alterações do pensamento e sensopercepção
Atentar/Registrar Riscos de Agressão
Atentar/Registrar Risco de Fuga
Intensificar vigilância em Riscos de Suicídio
Comunicar/Registrar sinais de agitação psicomotora
Comunicar/Registrar sinais e sintomas de ansiedade
Comunicar/Registrar padrão do sono
Comunicar/Registrar queixas de dor ou desconforto
Avaliar as contenções físicas do paciente para evitar lesões
Comunicar/Registrar presença de lesões/traumas
Registrar características das eliminações vesicais e intestinais
Realizar rodízio para injeção IM/SC conforme tabela
Realizar massagem de conforto/mudança de decúbito conforme tabela
Estimular participação em grupos terapêuticos

Fonte: Dissertação de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem – BRUGGMANN (2014).

Tanto o *Histórico de Enfermagem* quanto o *Diagnóstico de Enfermagem* estão dispostos em prontuário físico e eletrônico do paciente, contendo as mesmas informações. Todavia, as *Intervenções de Enfermagem* descritas no Quadro 8 representam a *Prescrição de Enfermagem* para o prontuário físico do paciente. No prontuário eletrônico estão dispostas as seguintes intervenções de enfermagem vinculadas aos diagnósticos realizados pelos enfermeiros, para serem selecionadas no momento da construção da *Prescrição de Enfermagem eletrônica*.

Quadro 9: Intervenções de Enfermagem em prontuário eletrônico. Florianópolis, 2014.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>Intervenções padrão</p> <p>Verificar sinais vitais () x/dia.</p> <p>Comunicar alterações de sinais vitais.</p> <p>Orientar banho de aspersão.</p> <p>Estimular banho de aspersão.</p> <p>Supervisionar banho de aspersão.</p> <p>Auxiliar banho de aspersão.</p> <p>Realizar banho de aspersão com auxílio.</p> <p>Realizar banho no leito.</p> <p>Registrar característica, frequência e quantidade das eliminações fisiológicas.</p> <p>Realizar rodízio para injeção IM conforme tabela.</p> <p>Realizar rodízio para injeção SC conforme seletor de locais.</p> <p>Comunicar/registrar sinais de impregnação.</p> <p>Comunicar/registrar sinais de catatonia.</p> <p>Comunicar/registrar sinais de intoxicação medicamentosa.</p> <p>Orientar higiene oral 4x/dia por dia.</p> <p>Estimular higiene oral 4x/dia por dia.</p> <p>Supervisionar higiene oral 4x/dia por dia.</p> <p>Auxiliar higiene oral 4x/dia por dia.</p> <p>Realizar higiene oral 4x/dia por dia.</p> <p>Preparar o paciente para visita.</p> <p>Realizar supervisão de pátio.</p> <p>Manter o paciente protegido do sol/chuva.</p> <p>Diagnóstico de Enfermagem: Confusão aguda</p> <p>Comunicar/registrar rebaixamento de nível de consciência.</p> <p>Comunicar/registrar alterações de sinais vitais.</p> <p>Comunicar/registrar sinais e sintomas de hipoglicemia.</p>

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Comunicar/registrar alterações de senso percepção.

Comunicar/registrar sinais de agitação psicomotora.

Comunicar/registrar presença de tremores de extremidades.

Diagnóstico de Enfermagem: Manutenção ineficaz da saúde

Orientar práticas seguras da terapêutica prescrita.

Orientar adesão à terapêutica prescrita.

Orientar práticas adequadas de saúde.

Estimular ingesta hídrica.

Estimular ingesta alimentar.

Supervisionar ingesta medicamentosa.

Comunicar/registrar ingesta medicamentosa.

Atentar ao risco de fuga.

Diagnóstico de Enfermagem: Comunicação verbal prejudicada

Identificar fatores que interferiram na comunicação verbal.

Comunicar sinais de sedação.

Comunicar rebaixamento do nível de consciência.

Estimular a verbalização dos sentimentos.

Estimular participação em grupos terapêuticos.

Comunicar/registrar sintomas depressivos.

Orientar a canalização de pensamentos.

Atentar aos riscos de suicídio e ou automutilação.

Diagnóstico de Enfermagem: Autonegligência

Orientar banho de aspersão.

Estimular banho de aspersão.

Supervisionar banho de aspersão.

Realizar banho de aspersão com auxílio.

Realizar banho no leito.

Orientar higiene oral 5x/dia por dia.

Estimular higiene oral 5x/dia por dia.

Supervisionar higiene oral 5x/dia por dia.

Auxiliar higiene oral 5x/dia por dia.

Realizar higiene oral 5x/dia por dia.

Orientar vestimentas adequadas.

Fornecer vestimentas adequadas.

Diagnóstico de Enfermagem: Déficit no autocuidado para alimentação

Orientar ingesta alimentar.

Estimular ingesta alimentar.

Supervisionar ingesta alimentar.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Auxiliar ingestão alimentar.

Alimentar o paciente.

Manter o paciente em posição de Fowler.

Atentar aos sinais de broncoaspiração.

Comunicar recusa alimentar.

Comunicar sinais e sintomas de disfagia.

Diagnóstico de Enfermagem: Percepção sensorial prejudicada

Registrar sintomas psicóticos.

Registrar alterações da sensopercepção.

Comunicar alterações no padrão do comportamento.

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de distúrbio na identidade pessoal

Comunicar/registrar sintomas psicóticos.

Comunicar/registrar alterações da sensopercepção.

Comunicar/registrar alterações no padrão do comportamento.

Diagnóstico de Enfermagem: Controle de impulsos ineficaz

Comunicar/registrar sinais de agitação psicomotora.

Atentar ao risco de heteroagressão.

Atentar ao risco de automutilação.

Atentar ao risco de suicídio.

Intensificar vigilância.

Comunicar/registrar alterações do humor.

Comunicar/registrar sinais de abstinência.

Comunicar/registrar sinais de ansiedade.

Comunicar/registrar sinais de irritabilidade.

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de violência direcionada a outros

Comunicar/registrar sintomas psicóticos.

Comunicar/registrar sinais de agitação psicomotora.

Atentar ao risco de heteroagressão.

Intensificar vigilância.

Comunicar/registrar alterações do humor.

Comunicar/registrar sinais de abstinência.

Comunicar/registrar sinais de ansiedade.

Comunicar/registrar sinais de irritabilidade.

Diagnóstico de Enfermagem: Interação social prejudicada

Estimular participação nos grupos terapêuticos.

Estimular participação em atividades terapêuticas.

Diagnóstico de Enfermagem: Processos familiares disfuncionais

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Comunicar/registrar sinais de abstinência.
Encaminhar familiares ao atendimento com o enfermeiro.
Orientar o paciente sobre a alta hospitalar.

Diagnóstico de Enfermagem: Desesperança

Estimular a verbalização dos sentimentos.
Estimular participação em grupos terapêuticos.
Comunicar/registrar sintomas depressivos.
Orientar a canalização de pensamentos.
Atentar aos riscos de suicídio e ou automutilação.
Orientar práticas seguras da terapêutica prescrita.
Orientar práticas adequadas de saúde.
Estimular ingesta hídrica.
Estimular ingesta alimentar.

Diagnóstico de Enfermagem: Baixa autoestima situacional

Estimular a verbalização dos sentimentos.
Estimular participação em grupos terapêuticos.
Estimular a participação em atividades terapêuticas.
Comunicar/registrar sintomas depressivos.
Orientar a canalização de pensamentos.
Atentar aos riscos de suicídio e ou automutilação.
Orientar práticas seguras da terapêutica prescrita.
Estimular ingesta hídrica.
Estimular ingesta alimentar.

Diagnóstico de Enfermagem: Insônia

Registrar padrão do sono.
Identificar fatores que interferem no sono.

Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade

Estimular a verbalização dos sentimentos.
Estimular participação em grupos terapêuticos.
Estimular participação em atividades terapêuticas.
Comunicar/registrar sintomas depressivos.
Orientar a canalização de pensamentos.
Atentar aos riscos de suicídio e ou automutilação.
Orientar práticas seguras da terapêutica prescrita.
Estimular ingesta hídrica.
Estimular ingesta alimentar.
Comunicar/registrar sintomas conversivos.
Comunicar/registrar alterações cardiovasculares.
Comunicar/registrar alterações respiratórias.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem: Medo

Comunicar/registrar sinais e sintomas fóbicos.

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de Automutilação

Atentar aos riscos de automutilação.

Realizar cuidados com a contenção mecânica conforme Manual de Enfermagem.

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de suicídio

Intensificar vigilância.

Comunicar/registrar ideação suicida.

Manter paciente em sala de cuidados especiais.

Manter cuidados com a contenção mecânica.

Manter longe do paciente, objetos e outros que causem danos.

Diagnóstico de Enfermagem: Troca de gases prejudicada

Comunicar/registrar sinais e sintomas de dispnéia.

Comunicar/registrar alterações no ritmo e frequência respiratória.

Comunicar/registrar uso de musculatura acessória.

Comunicar/registrar presença de cianose.

Manter cuidados com oxigenioterapia.

Trocar água do umidificador de oxigênio.

Trocar água da macronebulização.

Estimular tosse.

Registrar característica das expectorações.

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de aspiração

Manter o paciente em posição de Fowler.

Manter cuidados com sonda nasoenteral.

Assistir ao paciente durante ingesta hídrica e alimentar.

Diagnóstico de Enfermagem: Dor aguda

Comunicar/registrar queixas de dor ou desconforto.

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de quedas

Atentar ao risco de quedas.

Comunicar alterações no padrão da marcha.

Supervisionar banho de aspersão.

Auxiliar banho de aspersão.

Realizar banho de aspersão com auxílio.

Realizar banho no leito.

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de lesão

Realizar massagem de conforto e mudança de decúbito de 3/3 horas:

15:00 DD 18:00 DLD 21:00 DLE

24:00 DD 3:00 DLD 6:00 DLE

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

9:00 DD

12:00 DLD

Estimular ingestão hídrica e alimentar.

Encaminhar paciente para o banho de sol.

Integridade da pele prejudicada

Comunicar presença de alterações em pele e mucosas.

Realizar curativo com SF 0,9% morno sob irrigação.

Comunicar/registrar característica da lesão.

Diagnóstico de Enfermagem: Volume de líquidos deficiente

Comunicar/registrar sinais e sintomas de desidratação.

Comunicar/registrar edema.

Monitorar débito urinário.

Realizar cuidados com mucosa oral ressecada.

Diagnóstico de Enfermagem: Eliminação urinária prejudicada

Comunicar/registrar anúria por mais de 6 horas.

Comunicar/registrar poliúria.

Comunicar diminuição do débito urinário.

Comunicar/registrar sinais disúria.

Diagnóstico de Enfermagem: Diarreia

Comunicar/registrar sinais e sintomas de desidratação.

Comunicar/registrar presença de diarreia (episódios).

Comunicar/registrar características das fezes.

Comunicar/registrar queixas de dor ou desconforto.

Comunicar aumento de Ruídos Hidroaéreos.

Oferecer reidratação oral.

Diagnóstico de Enfermagem: Constipação

Comunicar/registrar constipação intestinal.

Comunicar diminuição de RHA.

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de infecção

Comunicar/registrar presença de sinais flogísticos em ponta de inserção de cateter.

Comunicar/registrar alterações de pele e mucosas.

Comunicar/registrar alterações de sinais vitais.

Comunicar/registrar característica da lesão.

Fonte: Dissertação de Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem – BRUGGMANN (2014).

Para a etapa de Implementação os enfermeiros articularam sobre a capacitação dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do PE e sua realização na prática assistencial. A Avaliação de Enfermagem foi

estruturada através da organização dos registros dos dados em quatro aspectos: Subjetivos, Objetivos, Avaliação e Plano. Atualmente, os instrumentos que compõem o PE no IPq/SC estão disponíveis para utilização dos enfermeiros em meio físico e eletrônico de prontuário do paciente, sendo o eletrônico, a primeira opção de utilização.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Participar do processo de construção de um saber coletivo para implantação da SAE no IPq-SC, foi como projetar um impulso para o alcance de novos saberes, reescrevendo assim, a possibilidade de qualificar ainda mais a assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais, sob a perspectiva de uma nova verdade vigente.

Neste entendimento, a Sistematização da Assistência de Enfermagem representou inicialmente para os participantes do estudo, uma metodologia holística sobre as dimensões do saber fazer da enfermagem, um modo sistemático de fazer a gestão do cuidado profissional, que permite ao enfermeiro, desenvolver estratégias para uma assistência de enfermagem qualificada e segura. Além desta concepção dos enfermeiros sobre a SAE, existe também um respaldo ético, técnico e legal para sua realização, descrito na Resolução 358/09 do COFEN. Esta deliberação ainda descreve a relevância de se utilizar o PE nos cenários onde é realizada a assistência de enfermagem, devendo este, estar apoiado em um suporte teórico.

Cabe destacar que o objetivo geral desta pesquisa se manteve totalmente apoiado na construção de um saber coletivo pelos enfermeiros, para implantação da SAE na instituição. Assim, é relevante destacar seu total alcance no momento em que foi estabelecida pelos participantes, uma filosofia comprometida para efetivação desta tecnologia assistencial, bem como a criação de instrumentos representados pelas etapas do PE (histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem). Ainda na perspectiva de se cumprir ética e tecnicamente o que dispõe a Resolução supracitada, os participantes da pesquisa definiram a teoria da relação pessoa-pessoa de Joyce Travelbee como suporte teórico para a SAE na instituição, haja vista a aproximação dos seus pressupostos no planejamento da assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais.

O discurso dos enfermeiros que representou uma forma de resistência na construção dos instrumentos esteve centrado na apreensão de quebrar paradigmas, bem como no receio de desconhecer um novo caminho para planejar e executar a assistência de enfermagem. Tais oposições dos participantes foram pouco expressivas, porém trabalhadas para a aquisição de novas verdades. Destaco então, outro exemplo de resistência, a qual esteve centrada na construção da segunda etapa do PE, onde alguns participantes apresentaram um saber fragilizado sobre a classificação diagnóstica da NANDA-I. Estes pontos se caracterizaram como principais limitadores do estudo.

É pertinente salientar que o fato de a maioria dos participantes terem tido contato com a SAE em sua formação acadêmica, tornou mais fácil o processo de construção coletiva deste saber. Esta condição também possibilitou maior representação e aderência desta metodologia na prática assistencial destes profissionais.

A relevância do referencial teórico Foucaultiano de saber/poder e verdade fomentou uma visão totalizante das estruturas escritas e faladas pelos enfermeiros. Deste modo, a dimensão sobre o saber dos enfermeiros foi desvelada a partir da elaboração dos instrumentos apresentados nesta pesquisa, os quais se elevam em uma nova verdade vigente. Nesta concepção, o poder está circunscrito na possibilidade de mudanças provocadas e instituídas pelos enfermeiros, sob a ótica que também possibilita movimentos e inferências da assistência de enfermagem. Assim, é expressivo salientar que os participantes construíram, paulatinamente, neste estudo, um saber que estabelece uma nova verdade acerca do cuidado profissional, que também é percebido como um impacto positivo no cenário científico e social.

A realização desta pesquisa também evidenciou um relevante saber científico aplicado à prática assistencial dos participantes, o qual resultou na construção das etapas do PE, que atualmente são desenvolvidas na instituição em meio físico e eletrônico, estabelecendo assim, o poder dos enfermeiros.

Neste contexto, também é expressivo assinalar a pertinência da realização desta pesquisa que, sumariamente, contribuiu com a lacuna existente na assistência de enfermagem à pessoa com transtorno mental internada no IPq-SC. Esta pesquisa também poderá contribuir para a aderência de outros enfermeiros à implantação da SAE, haja vista a publicação de seus resultados em bases de dados. Do mesmo modo, poderá servir como fonte de estímulo para outras produções científicas, vislumbrando também, a sua completude no cenário da prática assistencial.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. (Coordenador). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1995, 136p.
- ARGENTA, M. I. **Congruência entre o ensino da sistematização da assistência de enfermagem e o processo de trabalho do enfermeiro**. 2011. 216 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 70. ed. São Paulo: 2011.
- BARROS, A. L. B. L.; LOPES, J. L. A Legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 1, n. 2, p. 63-65, 2010.
- BORENSTEIN, M. S.; et al. **Historicizando a enfermagem e os pacientes em um hospital psiquiátrico**. Rev. Bras. Enferm. [online], 2003, v. 56, n. 2, pp. 201-205. ISSN 0034-7167.
- _____.; _____. **Terapias utilizadas no Hospital Colônia Sant'Ana: berço da psiquiatria catarinense (1941-1960)**. Rev. Bras. Enferm. [online], 2007, v. 60, n. 6, pp. 665-669. ISSN 0034-7167.
- BORGES, V. T. **Um "depósito de gente": as marcas do sofrimento e as transformações no antigo Hospital Colônia Sant'Ana e na assistência psiquiátrica em Santa Catarina, 1970-1996**. Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos [online], 2013, v. 20, n. 4, pp. 1531-1549. ISSN 0104-5970.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2005.
- BURNS, N.; GROVE, S. Introducción al proceso de Investigación em enfermería. In: **Investigación em enfermería**. 3. ed. Madrid: Elsevier, 2006. p. 26-62.
- CARPENITO-MOYET, L. J. **Compreensão do processo de enfermagem: mapeamento de conceitos e planejamento do cuidado para estudantes**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

_____. **Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à prática clínica.** 13. ed. Porto Alegre, Editora Artmed; 2011.

CARPENITO, L. J. **Diagnóstico de enfermagem: aplicação à prática clínica.** 11. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009.

CARVALHO, E. C.; BACHION, M. M. **Processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem** – intenção de uso por profissionais de enfermagem. Rev. Eletr. Enf., 2009; 11(3):466.
Available from: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a01>>.
Acesso em: 05 mar. 2014.

CASAFUS, K. C. U.; DELL'ACQUA, M. C. Q.; BOCCHI, S. C. M. **Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de enfermagem.** Esc. Anna Nery [online], 2013, v. 17, n. 2, pp. 313-321. ISSN 1414-8145.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução Nº. 358/2009. In: **Portal do COFEN.** Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 10 out. 2012.

COSTA, E. **Problematizando para humanizar: uma proposta de transformação do cuidado em uma enfermaria psiquiátrica.** 2002. 157f. Dissertação (Mestrado em Assistência em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2002.

_____. **Hospital Colônia Sant'Ana: o saber poder dos enfermeiros e as transformações históricas (1971-1981).** 2010. 220p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

_____.; PEREIRA, V. P. **Manual de Enfermagem Psiquiátrica do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina:** gerenciamento e cuidado. Florianópolis: IPq/SC, 2005. 1 ed.

_____.; _____. **Manual de Enfermagem Psiquiátrica do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina:** gerenciamento e cuidado. Florianópolis: IPq/SC, 2011. 2. ed.

_____.; BORENSTEIN, M. S. **Wilson Kraemer de Paula:** da trajetória do homem à história da Enfermagem psiquiátrica catarinense. *História da Enfermagem. Rev. Eletrônica*, 2010 (1): 24-34. Disponível em:

<http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n1vol1ano1_artigo2.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2013.

CROSSETTI, M. G. O. **Processo diagnóstico na Enfermagem:** condições para tomada de decisão do enfermeiro. *Rev. Enfermagem Atual*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 44, p. 46-50. Mar-Abr 2008.

CRUZ, A. L. M. C.; et al. **Atitudes frente ao diagnóstico de enfermagem durante a implementação de classificação de diagnósticos.** *Ciência, Cuidado e Saúde*, Maringá, v. 5, n. 3, p. 281-288, 2006.

DEL'ANGELO, N.; et al. **Diagnósticos de enfermagem de prematuros sob cuidados intermediários.** *Rev. Bras. Enferm. [online]*, 2010, v. 63, n. 5, pp. 755-761. ISSN 0034-7167.

FIGUEIREDO, R. M.; et al. **Caracterização da produção do conhecimento sobre sistematização da assistência de enfermagem no Brasil.** *Rev. Esc. Enferm. USP [online]*, 2006, v. 40, n. 2, pp. 299-303. ISSN 0080-6234.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I** - a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. O sujeito e o poder. In: RABINOW, Paul; DREYFUS, Hubert. **Michel Foucault** - uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

_____. **A verdade e as formas jurídicas.** 3. ed. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

_____. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2004.

_____. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 2005.

_____. **Microfísica do poder**. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

FRANCO, M. A. S. **Pedagogia da pesquisa-ação**. Educ. Pesqu. [online], 2005, v. 31, n. 3, pp. 483-50. ISSN 1517-9702.

GARCIA, T. R.; NOBREGA, M. M. L. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**: inserção brasileira no projeto do Conselho Internacional de Enfermeiras. Acta Paulista de Enfermagem, v. 22, especial-70 anos, p. 875-879, 2009.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 8. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2008.

Horta, W. **Processo de Enfermagem**. São Paulo (SP): EPU; 1979.

KIRSCHBAUM, D. I. R. **Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil, no período compreendido entre as décadas de 20 e 50**. 1994. 361 f. Tese (Doutorado) – UNICAMP, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 1994.

KLETEMBERG, D. F.; et al. **O processo de enfermagem e a lei do exercício profissional**. Rev. Bras. Enferm. [online], 2010, v. 63, n. 1, pp. 26-32. ISSN 0034-7167.

KOERICH, A. M. E. **Hospital Colônia Sant'Ana**: Reminiscências dos trabalhadores de enfermagem (1951-1971). Dissertação Mestrado em Enfermagem - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008, 107 f.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasof; 2006.

LIMA, A. F. C.; KURCGANT, P. O processo de implementação do diagnóstico de enfermagem no Hospital Universitário de São Paulo.

Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 111-16, 2006.

LINARD, A. G.; PAGLIUCA, L. M. F.; RODRIGUES, M. S. P.
Aplicando o modelo de avaliação de Meleis à teoria de Travelbee.
Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS), 2004 abr; 25(1):9-16.

LOPES, R. P.; CAETANO, J. C. **Lacen em Santa Catarina: antes e após o SUS.** Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 46-53, jan./jun. 2008.

MARIA, M. A.; QUADROS, F. A. A.; GRASSI, M. F. O.
Sistematização da assistência de enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. Rev. Bras. Enferm. [online], 2012, v. 65, n. 2, pp. 297-303. ISSN 0034-7167.

MELO, M. C. **O Estado e a loucura: da trajetória à concretização da Colônia Sant'Ana (1905-1951).** Trabalho de Conclusão de Curso do Departamento de História da UFSC/CFCH. Florianópolis, 2002.

MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. **Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem.** Rev. Esc. Enferm. USP [online], 2011, v. 45, n. 4, pp. 953-958. ISSN 0080-6234.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social.** Petrópolis: Vozes, 2004.

NANDA. North American Nursing Diagnosis Association International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação - 2009-2011.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

_____. North American Nursing Diagnosis Association International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação - 2012-2014.** Porto Alegre: Artmed, 2013.

NASCIMENTO, L. K. A. S.; et al. **Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura.** Rev. Gaúcha Enferm. [online], 2012, v. 33, n. 1, pp. 177-185. ISSN 1983-1447.

PALOMARES, M. L. E.; MARQUES, I. R. Contribuições dos sistemas computacionais na implantação da sistematização da assistência de enfermagem. **Journal of Health Informatics**, v. 2, n.3, p. 78-82, 2010.

PEREIRA, V. P.; BORENSTEIN, M. S.; ERDMANN, A. L. **Experiência de atenção de enfermagem no controle de pediculose num macro-hospital psiquiátrico estatal durante 10 anos.** Anais do congresso Brasileiro de Enfermagem, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 208-218, 1992.

_____.; _____.; _____. **Experiência de atenção de enfermagem no controle de pediculose num macro-hospital psiquiátrico estatal durante 10 anos.** Revista do Centro de Ciências da Saúde, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 208-218, 1994.

PESSOA, V. M.; et al. **Pesquisa-ação:** proposição metodológica para o planejamento das ações nos serviços de atenção primária no contexto da saúde ambiental e da saúde do trabalhador. *Interface (Botucatu)*, v. 17, n. 45, p. 301-14, abr./jun. 2013.

PINHA, L. B.; SANTOS, S. M. A.; KANTORSKI, P. L. **Análise do processo de trabalho da enfermagem de terapia intensiva.** Revista de Enfermagem, v. 16, n.4 Florianópolis, 2007.

ROCHA, R. M. **Enfermagem psiquiátrica:** que papel é este? Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/ Editora Te Cora, 1994.

ROSSO, M.; SILVA, S. H.; SCALABRIN, E. E. **Sistema baseado em conhecimento para apoio à identificação dos focos do processo corporal da CIPE®.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 523-531, 2009.

SAMPAIO, R. S.; et al. A classificação das intervenções de enfermagem na prática clínica de enfermeiros brasileiros. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 120-6, 2011.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Coordenação da Atenção Básica. Divisão de Políticas de Saúde Mental. **Plano Operativo Estadual de Saúde Mental (2008-2010)**, 2008. Disponível em: <www.saude.sc.gov.br/planosdesaudemental>. Acesso em: 10 out. 2012.

SANTOS, F. A. **Sistematização da assistência de enfermagem (SAE):** o caso do Hospital Ministro Costa Cavalcanti. Monografia (Especialização em Gestão das Organizações) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2007.

SANTOS, A. S. R.; et al. **Caracterização dos diagnósticos de enfermagem identificados em prontuários de idosos:** um estudo retrospectivo. *Texto Contexto – Enferm. [online]*, 2008, v. 17, n. 1, pp. 141-149. ISSN 0104-0707.

SERRANO, A. I. (Coordenador). **Guia dos serviços públicos e comunitários de saúde mental de Santa Catarina.** Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde. 1998.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico.** 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SOUZA, A. S.; VALADARES, G. V. **Desvelando o saber/fazer sobre os diagnósticos de enfermagem:** experiência vivida em neurocirurgia oncológica. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 64, n. 5, pp. 890 – 897, 2011.

STRATHERN, P. **Foucault (1926-1984) em 90 minutos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 16. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

TRAVELBEE, J. **Intervención en Enfermería Psiquiátrica.** Colômbia: Carvajal, 1979.

TRUPPEL, T. C.; et al. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, 2009

APÊNDICES

APÊNDICE A: Questionário Semiestruturado**1. Tempo de formação profissional:**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> de 1 a 5 anos |
| <input type="checkbox"/> de 5 a 10 anos | <input type="checkbox"/> de 10 a 15 anos |
| <input type="checkbox"/> de 15 a 20 anos | <input type="checkbox"/> mais de 20 anos |

2. Tempo de atuação na instituição:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> menos de 1 ano | <input type="checkbox"/> de 1 a 5 anos |
| <input type="checkbox"/> de 5 a 10 anos | <input type="checkbox"/> de 10 a 15 anos |
| <input type="checkbox"/> de 15 a 20 anos | <input type="checkbox"/> mais de 20 anos |

3. Você possui Pós-Graduação?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
|------------------------------|------------------------------|

Se sim, qual?

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Especialização | <input type="checkbox"/> Mestrado |
| <input type="checkbox"/> Doutorado | |

4. Você teve contato com a Sistematização da Assistência de Enfermagem na sua formação profissional?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sim | <input type="checkbox"/> não |
|------------------------------|------------------------------|

5. Descreva o que você entende por Sistematização da Assistência de Enfermagem.

6. Descreva o que você entende por Processo de Enfermagem.

7. Você considera importante o Processo de Enfermagem ser sustentado por uma Teoria de Enfermagem?

() sim

() não

Se sim, por quê?

8. Quais etapas do Processo de Enfermagem você já desenvolveu em sua prática assistencial?

() Histórico de Enfermagem

() Implementação

() Diagnóstico de Enfermagem

() Avaliação

() Planejamento de Enfermagem

9. Você percebe a Sistematização da Assistência de Enfermagem como método de trabalho que organiza a assistência?

() sim

() não

Se sim, por quê?

10. Você acredita que a Sistematização da Assistência de Enfermagem pode qualificar a assistência de enfermagem?

() sim

() não

Quais as razões levam você a dar esta resposta?

11. Você acredita que a Sistematização da Assistência de Enfermagem confere segurança ao paciente?

() sim () não

12. Você considera que a Sistematização da Assistência de Enfermagem confere autonomia e visibilidade à profissão?

() sim () não

Quais as razões levam você a dar esta resposta?

13. Você identifica dificuldades para implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem nas instituições?

() sim () não

Se sim, quais?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Prezado (a) Profissional:

Meu nome é Mario Sergio Bruggmann, sou enfermeiro, mestrando pelo Programa de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Estou desenvolvendo a pesquisa intitulada “**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: CONSTRUÇÃO DE UM SABER COLETIVO PARA IMPLANTAÇÃO EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**”, sob orientação da Professora Doutora Ana Izabel Jatobá de Souza. Esse estudo tem como **objetivos, Contextualizar historicamente a assistência de enfermagem em um Hospital Psiquiátrico de referência em Santa Catarina e Construir um saber coletivo com os enfermeiros para implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em um Hospital Psiquiátrico de referência em Santa Catarina.**

A justificativa deste estudo se pauta em questões éticas e legais, pertinentes à necessidade de implantação da Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) nos ambientes que acontecem o cuidado profissional, conforme resolução do Conselho Federal de Enfermagem – COFEN nº 358/2009. Nesse sentido, muitos estudos evidenciam interesse e relevância do tema no cenário nacional, haja vista que sistematizar a assistência de enfermagem significa propiciar um cuidado holístico, seguro. Frente às questões supracitadas, me proponho a desenvolver esta pesquisa que terá impacto na prática profissional do enfermeiro, por transcender paradigmas e criar bases para renovação do saber fazer da enfermagem.

A pesquisa será desenvolvida no período de dezembro/2013 a agosto/2014 e você é convidado a ingressar neste estudo, sendo que sua participação acontecerá em dois momentos: o primeiro, ao responder um questionário semiestruturado, sendo o prazo de dez dias para depositá-lo em uma urna lacrada, que ficará disposta na sala da gerência de enfermagem da instituição. O segundo, na participação de quatro encontros para discussão da Sistematização da Assistência de Enfermagem, que serão realizados em local adequado, previamente agendados, cada um com duração mínima de uma hora.

Para a realização deste estudo serão respeitados todos os preceitos éticos determinados pela Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, por meio do direito de informação do indivíduo, anonimato,

confidencialidade e respeito à liberdade dos participantes para a qualquer momento que desejar, desistir do estudo.

Asseguro que não haverá riscos de natureza física decorrentes deste estudo, exceto o possível desconforto ao abordar situações referentes à sua metodologia de trabalho na resposta ao questionário e uma provável inibição durante os encontros. Nestes momentos, você terá a liberdade para não se expressar e ou solicitar expressar-se por escrito. Informamos ainda, que você não terá nenhum tipo de despesa ou gratificação pela participação nesta pesquisa, e que os dados produzidos serão utilizados apenas com o objetivo de atender aos fins propostos pelo estudo, os quais serão apresentados nos meios acadêmicos e científicos da área, garantindo-se o seu anonimato. Os dados obtidos serão guardados em local de acesso exclusivo do pesquisador, por um período de 5 (cinco) anos; após este prazo serão destruídos. Você receberá uma cópia deste termo assinado pelo pesquisador responsável.

Para quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa ou desistência da mesma, sem qualquer prejuízo às suas atividades, você poderá me encontrar no telefone (48) 9916-1536 e ou *e-mail*: mariobrugg@gmail.com, Prof. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza, que poderá ser contatada no telefone (48) 9922-2769 ou pelo *e-mail*: aijsenf@gmail.com, e ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFSC, pelo telefone (48) 3721-9206 ou *e-mail*: cep.propesq@contato.ufsc.br.

Desde já agradeço sua colaboração, que poderá contribuir para a aquisição de novos conhecimentos e aprimoramento da nossa assistência.

Assinatura do pesquisador principal

Assinatura do Orientador

Mario Sergio Bruggmann

Ana Izabel Jatobá de Souza

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa “**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: CONSTRUÇÃO DE UM SABER COLETIVO PARA IMPLANTAÇÃO EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**”, e concordo em participar voluntariamente desta, estando ciente de que os dados coletados na entrevista e oficinas serão utilizados para delineamento deste estudo, respeitando os preceitos profissionais e éticos exigidos.

Florianópolis, _____ de _____ de 2014.

Assinatura: _____ RG: _____

<p>Nota: O presente termo foi disponibilizado em duas vias; uma via ficará com o pesquisador a outra com o participante da pesquisa.</p>

APÊNDICE C: Convite para Capacitação e Oficinas

PROCESSO EDUCATIVO REFLEXIVO SOBRE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Prezado Enfermeiro,

Convido-o a participar do processo educativo e reflexivo sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem, a qual elenca uma das etapas de coleta de dados da dissertação de mestrado, cujo título é **“SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: CONSTRUÇÃO DE UM SABER COLETIVO PARA IMPLANTAÇÃO EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO”**.

Datas: 3, 10, 17, e 24/06/2014

Horário: 10h00 às 11h15

Local: sala do centro de estudos

No final dos encontros será emitido um certificado reconhecido pela Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina.

Primeira oficina: A Sistematização da Assistência de Enfermagem sustentada por um referencial teórico

- Processo de trabalho da Enfermagem
- Legislação: Resolução COFEN 358/2009
- Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)
- Processo de Enfermagem (PE)
- Teoria de Enfermagem de Joyce Travelbee (Teoria da Relação Pessoa-Pessoa)

Segunda oficina: Construção coletiva das etapas do processo de enfermagem (histórico e diagnóstico de enfermagem)

- **Histórico de Enfermagem**

Estrutura do instrumento

- **Diagnóstico de Enfermagem**

Estrutura do Diagnóstico de Enfermagem da NANDA I

Adaptação do PE de Joyce Travelbee e os DE da NANDA I

Levantamento e definição dos principais DE do IPq-SC

Terceira oficina: Apresentação e validação dos Diagnósticos de Enfermagem selecionados

- Validação dos Diagnósticos de Enfermagem levantados pelos enfermeiros.

Quarta oficina: Construção coletiva do planejamento, implementação e avaliação de enfermagem

- Planejamento de Enfermagem
- Definição das Intervenções de Enfermagem (Prescrição de Enfermagem)
- Implementação
- Avaliação de Enfermagem

Conto com a presença e a colaboração de todos!

Atenciosamente,

Enf. Mario Sergio Bruggmann

APÊNDICE D: Histórico de Enfermagem

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM		
Data: ____/____/____	Unidade: _____	 IPq INSTITUTO de PSIQUIATRIA do Estado de Santa Catarina
Nome: _____	Idade: _____	
<input type="checkbox"/> 1ª internação	<input type="checkbox"/> Reinternação	
<input type="checkbox"/> Internação voluntária	<input type="checkbox"/> Internação involuntária	
<input type="checkbox"/> Internação Compulsória		
Motivo da internação: _____		
Sem condições de entrevista: _____		
Aparência geral/Higiene pessoal		
<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim
FUNÇÕES PSÍQUICAS		
1. Consciência		
<input type="checkbox"/> Alerta	<input type="checkbox"/> Obnubilação	<input type="checkbox"/> Confusão
<input type="checkbox"/> Estupor		
2. Atenção		
<input type="checkbox"/> Normopresexia	<input type="checkbox"/> Hiperpresexia	<input type="checkbox"/> Hipopresexia
<input type="checkbox"/> Normovigil	<input type="checkbox"/> Hipervigil	<input type="checkbox"/> Hipovigil
3. Orientação		
<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Parcialmente orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado
4. Memória		
<input type="checkbox"/> Preservada	<input type="checkbox"/> Hipermnésia	<input type="checkbox"/> Hipomnésia
<input type="checkbox"/> Amnésia		
5. Pensamento/Juízo da Realidade		
<input type="checkbox"/> Lógico	<input type="checkbox"/> Organizado	<input type="checkbox"/> Lentificado
<input type="checkbox"/> Bloqueio	<input type="checkbox"/> Acelerado	<input type="checkbox"/> Mágico
<input type="checkbox"/> Dissociado	<input type="checkbox"/> Desagregado	<input type="checkbox"/> Fuga de ideias
<input type="checkbox"/> Persecutório	<input type="checkbox"/> Depreciativo	<input type="checkbox"/> Místico
<input type="checkbox"/> Sexuais	<input type="checkbox"/> Ideias eufóricas/grandeza/poder	
<input type="checkbox"/> Ideias de ruína		
6. Linguagem/Discurso		
<input type="checkbox"/> Lógico/receptivo	<input type="checkbox"/> Afasia	<input type="checkbox"/> Mutismo
<input type="checkbox"/> Bradifasia	<input type="checkbox"/> Dislalia	<input type="checkbox"/> Disartria
<input type="checkbox"/> Ecolalia	<input type="checkbox"/> Logorreia	<input type="checkbox"/> Prolixidade
<input type="checkbox"/> Neologismo	<input type="checkbox"/> Disfemia	<input type="checkbox"/> Coprolalia
7. Sensopercepção		
<input type="checkbox"/> Hiperestesia	<input type="checkbox"/> Hipolestesia	
<input type="checkbox"/> Parestesia	<input type="checkbox"/> Anestesia	

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

- Alucinação auditiva Alucinação Visual
 Alucinação tátil Alucinação olfativa
 Alucinação gustativa Alucinação cinestésica
 Alucinação cenestésica

8. Humor/Afetividade

- Eutímico Hipertímico Hipotímico
 Irritável Pueril Ansioso
 Fóbico Embotado Lábil
 Anedonia Pânico
 Ambivalência Afetiva

9. Vontade

- Normobulia Abulia Hipobulia
 Hiperbulia

10. Psicomotricidade

- Agitado Lentificado Tiques
 Conversão Maneirismo Estereotípias
 Acatisia Distonia

Padrão do sono

- Adequado Insônia

Uso de substâncias psicoativas

- Sim Não
 Cannabis Cocaína Crack
 Álcool Tabaco LSD
 Ecstasy Outras

Riscos

- Suicídio Fuga Heteroagressão
 Autoagressão

EXAME FÍSICO

1. Sinais Vitais

Pressão Arterial: _____ Temperatura: _____ FC: _____
 FR: _____ HGT: _____

2. Alergia

- Sim Não

3. Medicações em uso

4. Comorbidade clínica

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

5. Sistema Neurológico

6. Sistema Cardiovascular

7. Sistema Respiratório

8. Sistema Gastrointestinal

9. Sistema Geniturinário

10. Pele e mucosas

11. Estado Nutricional

12. Hidratação

13. Observações gerais

Assinatura:

APÊNDICE E: Questionário estruturado para levantamento dos principais diagnósticos de enfermagem pelos participantes do estudo a partir de NANDA-I Diagnósticos de Enfermagem 2012-2014

Domínio 1 – Promoção da Saúde

1. Manutenção ineficaz da saúde (Incapacidade de identificar, controlar e ou buscar ajuda para manter a saúde).

Relacionado a:

- Prejuízo cognitivo
- Prejuízo perceptivo

Evidenciado por:

- Falta demonstrada de conhecimento com relação às práticas básicas de saúde.
- Incapacidade de assumir a responsabilidade de atender a práticas básicas de saúde.

2. Comportamento de saúde propenso a risco (Incapacidade de modificar o estilo de vida / comportamento de forma compatível com mudança no estado de saúde).

Relacionado a:

- Múltiplos estressores.
- Baixa condição econômica.
- Apoio social inadequado.
- Compreensão inadequada.

Evidenciado por:

- Não consegue alcançar uma completa sensação de controle.
- Não consegue agir de forma a prevenir problemas de saúde.

Domínio 2 – Nutrição

3. Deglutição prejudicada (Funcionamento anormal do mecanismo de deglutição associada ao déficit na estrutura ou função oral, faríngea ou esofágica).

Relacionado a:

- Problemas de deglutição relacionados ao comportamento.

- Defeitos esofágicos.
- Traumas.

Evidenciado por:

- Recusa de alimentos.
- Sialorreia.

4. Volume de líquidos deficiente (Diminuição do líquido intravascular, intersticial e ou intracelular, refere-se à desidratação, perda de água apenas, sem mudança no sódio).

Relacionado a:

- Falha dos mecanismos reguladores.
- Perda ativa do volume de líquidos.

Evidenciado por:

- Diminuição do turgor da pele.
- Mucosas secas.

Domínio 3 – Eliminação e Troca

5. Eliminação urinária prejudicada (Disfunção na eliminação da urina).

Relacionado a:

- Infecção do trato urinário.
- Múltiplas causas.

Evidenciado por:

- Incontinência.
- Disúria.

6. Constipação (diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por passagem de fezes difícil ou incompleta e ou eliminação de fezes duras e secas).

Relacionado a:

- Mudança nos padrões alimentares.
- Confusão mental.
- Estresse emocional.

Evidenciado por:

Volume de fezes diminuído.

7. Diarreia (Eliminação de fezes soltas e não formadas).

Relacionado a:

Efeitos adversos de medicamentos.

Ansiedade.

Evidenciado por:

Dor abdominal.

Urgência para evacuar.

8. Troca de gases prejudicada (Excesso ou déficit na oxigenação e ou na eliminação de dióxido de carbono na membrana alvéolo-capilar).

Relacionado a:

Dispneia.

Evidenciado por:

Desequilíbrio na relação ventilação-perfusão.

Domínio 4 – Atividade/repouso

9. Insônia (Distúrbio na quantidade e na qualidade do sono que prejudica o funcionamento normal da pessoa).

Relacionado a:

Ansiedade.

Fatores ambientais.

Medicamentos.

Medo.

Sono interrompido.

Evidenciado por:

Relato de dificuldade para adormecer.

Relato de dificuldade de permanecer dormindo.

Relato de insatisfação com o sono (atual).

10. Mobilidade física prejudicada (Limitação no movimento físico independente e voluntário do corpo ou de uma ou mais extremidades).

Relacionado a:

- Estado de humor depressivo.
- Medicamentos.
- Prejuízo cognitivo.
- Prejuízo sensório-perceptivos.

Evidenciado por:

- Mudanças na marcha.
- Amplitude limitada de movimento.

11. Perfusão tissular periférica ineficaz (Redução na circulação sanguínea para a periferia, capaz de comprometer a saúde).

Relacionado a:

- Conhecimento deficiente de fatores agravantes.
- Hipertensão.
- Tabagismo.

Evidenciado por:

- Tempo de enchimento capilar > 3 segundos.

12. Déficit no autocuidado para alimentação (Capacidade prejudicada de desempenhar ou completar atividades de alimentação).

Relacionado a:

- Ansiedade grave.
- Prejuízo cognitivo.
- Prejuízo perceptivo.

Evidenciado por:

- Incapacidade de ingerir alimentos em quantidade suficientes.
- Incapacidade de ingerir alimentos de forma segura.

13. Déficit no autocuidado para banho (Capacidade prejudicada de realizar ou completar as atividades de banho por si mesmo).

Relacionado a:

- Prejuízo cognitivo.
- Prejuízo perceptivo.

Evidenciado por:

- Incapacidade de lavar o corpo.

() **14. Autonegligência** (Conjunto de comportamentos culturalmente estruturados que envolvem uma ou mais atividades de autocuidado, em que há falha em manter um padrão de saúde e bem-estar socialmente aceito).

Relacionado a:

- () Abuso de drogas.
- () Prejuízo cognitivo.

Evidenciado por:

- () Higiene pessoal inadequada.

Domínio 5 – Percepção/cognição

() **15. Confusão aguda** (Início abrupto de distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que ocorrem durante um breve período de tempo).

Relacionado a:

- () Abuso de substâncias.
- () Delírio.

Evidenciado por:

- () Agitação aumentada.
- () Flutuação na cognição.
- () Flutuação do nível de consciência.

() **16. Controle de impulsos ineficaz** (Padrão de uso de respostas rápidas e não planejadas a estímulos internos ou externos, sem levar em conta as consequências negativas dessas respostas ao indivíduo impulsivo ou aos outros).

Relacionado a:

- () Abuso de drogas.
- () Ideias delirantes.
- () Raiva.
- () Transtorno cognitivo.
- () Transtorno de humor.
- () Transtorno de personalidade.

Evidenciado por:

- Agir sem pensar.
- Irritabilidade.
- Violência.
- Promiscuidade sexual.

17. Comunicação verbal prejudicada (Habilidade diminuída, retardada ou ausente para receber, processar, transmitir e ou usar um sistema de símbolos).

Relacionado a:

- Baixa autoestima situacional.
- Efeitos colaterais relacionados ao tratamento.
- Condições fisiológicas.

Evidenciado por:

- Recusa obstinada a falar.
- Não consegue falar.
- Verbaliza com dificuldade.

18. Percepção sensorial prejudicada (Mudança na quantidade ou no padrão dos estímulos que estão sendo recebidos, acompanhada por resposta diminuída, exagerada, distorcida ou prejudicada a tais estímulos).

Relacionado a:

- Estresse psicológico
- Interação sensorial prejudicada
- Recepção sensorial alterada
- Transmissão sensorial alterada

Evidenciado por:

- Agitação
- Alucinações
- Desorientação
- Distorções sensoriais
- Irritabilidade
- Mudança no padrão do comportamento

Domínio 6 – Autopercepção

() **19. Baixa autoestima situacional** (Desenvolvimento de percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual).

Relacionado a:

- () Falta de reconhecimento.
- () Fracassos.
- () Perda.
- () Prejuízo funcional.
- () Comportamento inconsistente em relação a valores.

Evidenciado por:

- () Verbalizações autonegativas.
- () Relato de sentimento de inutilidade.
- () Comportamento indeciso.

() **20. Risco de solidão** (Risco de vivenciar desconforto associado a um desejo ou necessidade de mais contato com os outros).

Relacionado a:

- () Falta de energia emocional.
- () Isolamento social.

() **21. Desesperança** (Estado subjetivo no qual um indivíduo não enxerga alternativas ou escolhas pessoais disponíveis ou enxerga alternativas e é incapaz de mobilizar energias a seu favor).

Relacionado a:

- () Isolamento social.
- () Estresse prolongado.

Evidenciado por:

- () Afeto diminuído.
- () Verbalização diminuída.
- () Alterações no padrão do sono.

() **22. Risco de distúrbio na identidade pessoal** (Risco de incapacidade de manter percepção integrada e completa de si mesmo).

Relacionado a:

- Transtornos psiquiátricos.

Domínio 7 – Papéis e Relacionamentos

23. Processos familiares disfuncionais (As funções psicossociais, espirituais e fisiológicas da unidade familiar estão cronicamente desorganizadas, levando a conflito, à negação de problemas, à resistência a mudanças, à resolução ineficaz de problemas e a uma série de crises autoperpetuadas).

Relacionado a:

- Personalidade que predispõe ao vício
 Predisposição genética ao uso de substância.

Evidenciado por:

- Abuso de drogas.

24. Interação social prejudicada (Quantidade insuficiente ou excessiva, ou qualidade ineficaz, de troca social).

Relacionado a:

- Processo de pensamentos perturbados.
 Distúrbio no autoconceito.

Evidenciado por:

- Interação disfuncional com outras pessoas.

Domínio 8 – Sexualidade

Não foram selecionados diagnósticos para este domínio.

Domínio 9 – Enfrentamento/tolerância ao estresse

25. Ansiedade (Vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica (a fonte é frequentemente não específica ou desconhecida para o indivíduo); sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama atenção para um perigo eminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça).

Relacionado a:

- Abuso de substância.
- Crises situacionais.
- Estresse.

Evidenciado por:

- Preocupação.
- Medo de consequências inespecíficas.
- Insônia.
- Nervosismo.

26. Medo (Resposta a ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo).

Relacionado a:

- Estímulo fóbico.

Evidenciado por:

- Relato de apreensão.

27. Tristeza crônica (Padrão cíclico, recorrente e potencialmente progressivo de tristeza disseminada, vivenciada (por pai/mãe, cuidador ou indivíduo com doença crônica ou deficiência) em resposta à perda contínua ao longo da trajetória de uma doença ou deficiência).

Relacionado a:

- Experiência de doença crônica (física ou mental).

Evidenciado por:

- Relato de sentimentos negativos.
- Relato de sentimento que interferem na capacidade do paciente de atingir o seu mais alto nível de bem-estar pessoal.
- Relato de sentimentos expressos de tristeza.

Domínio 10 – Princípios da Vida

Não foram selecionados diagnósticos para este domínio.

Domínio 11 – Segurança/proteção

() **28. Risco de infecção** (Risco de ser invadido por organismos patogênicos).

Relacionado a:

- () Tecido traumatizado.
- () Tabagismo.
- () Desnutrição.
- () Conhecimento deficiente para evitar exposição a patógenos.

() **29. Risco de aspiração** (Risco de entrada de secreções gastrintestinais, secreções orofaríngeas, sólidos ou fluidos nas vias traqueobrônquicas).

Relacionado a:

- () Alimentação por sonda.
- () Efeitos secundários relacionados ao tratamento.
- () Nível de consciência reduzido.

() **30. Desobstrução ineficaz de vias aéreas** (Incapacidade de eliminar secreções ou obstruções do trato respiratório para manter uma via aérea desobstruída).

Relacionado a:

- () Disfunção neuromuscular.
- () Doença pulmonar obstrutiva crônica.
- () Infecção.
- () Secreções nos brônquios.
- () Secreções retidas.

Evidenciado por:

- () Cianose.
- () Dispneia.
- () Ruídos adventícios respiratórios.

() **31. Integridade da pele prejudicada** (Epiderme e ou derme alteradas).

Relacionado a:

- () Fatores mecânicos.

Evidenciado por:

- Destruição de camadas da pele.
- Rompimento de estruturas da pele.

32. Risco de lesão (Risco de lesão como resultado de condições ambientais interagindo com os recursos adaptativos e defensivos do indivíduo).

Relacionado a:

- Disfunção sensorial.

33. Risco de quedas (Risco de suscetibilidade aumentada para quedas que podem causar dano físico).

Relacionado a:

- Estado mental diminuído.
- Mobilidade física prejudicada.
- Agentes ansiolíticos.
- Tranquilizantes.

34. Risco de Automutilação (Risco de comportamento autolesivo deliberado, causando dano tissular, com a intenção de provocar lesão não fatal para obter alívio de tensão).

Relacionado a:

- Abuso de drogas.
- Baixa autoestima.
- Estado psicótico.

35. Risco de suicídio (Risco de lesão autoinfligida que ameaça a vida).

Relacionado a:

- Transtorno psiquiátrico.

36. Risco de violência direcionada a outros (Risco de apresentar comportamentos nos quais o indivíduo demonstra que pode ser física, emocional e ou sexualmente nocivo a outros).

Relacionado a:

- História de comportamento antissocial violento.

() Sintomatologia psicótica.

() **37. Hipertermia** (Temperatura corporal elevada acima dos parâmetros normais).

Relacionado a:

() Doença.

Evidenciado por:

() Aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros normais.

() **38. Hipotermia** (Temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais).

Relacionado a:

() doença

() Vestimentas inadequadas.

Evidenciado por:

() Pele fria.

() Temperatura corporal abaixo dos parâmetros normais.

Domínio 12 – Conforto

() **39. Dor aguda** (Experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (Associação Internacional para o Estudo da dor); início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses).

Relacionado a:

() Agentes lesivos (por exemplo: biológicos, químicos, físicos, psicológicos).

Evidenciado por:

() Relato verbal de dor.

() Evidência observada de dor.

() **40. Náusea** (Um fenômeno subjetivo de uma sensação desagradável, na parte de trás da garganta e no estômago, que pode ou não resultar em vômito).

Relacionado a:

- Irritação gástrica.
- Dor.
- Medicamentos.
- Ansiedade.

Evidenciado por:

- Relato de náusea.

41. Isolamento social (Solidão experimentada pelo indivíduo e percebida como imposta por outros e como um estado negativo e ameaçador).

Relacionado a:

- Alterações do estado mental.
- Recursos pessoais inadequados.
- Comportamento social inaceitável.

Evidenciado por:

- Afeto embotado.
- Doença.
- Retraído.
- Insegurança em público.
- Relato de inadequação de finalidade de vida.

Domínio 13 – Crescimento/desenvolvimento

Não foram selecionados diagnósticos para este domínio.

APÊNDICE F: Diagnósticos de Enfermagem

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Data: ____ / ____ / ____	Unidade: _____
Nome: _____	Idade: _____



IPq INSTITUTO de
PSIQUIATRIA
e TERAPIA de São Carlos

() **Confusão aguda** relacionada à: () abuso de substâncias, () delírio, evidenciada por: () agitação aumentada, () flutuação na cognição.

() **Manutenção ineficaz da saúde** relacionada à: prejuízo cognitivo, evidenciada por: falta demonstrada de conhecimento com relação às práticas básicas de saúde.

() **Comunicação verbal prejudicada** relacionada à: () baixa autoestima situacional, () efeitos colaterais relacionados ao tratamento, evidenciada por: () recusa obstinada a falar, () verbalizar com dificuldade.

() **Autonegligência** relacionada à: () prejuízo cognitivo, () abuso de drogas, evidenciada por: higiene pessoal inadequada.

() **Déficit no autocuidado para alimentação** relacionada à: () prejuízo cognitivo, () ansiedade grave, evidenciada por: incapacidade de ingerir alimentos em quantidade suficientes.

() **Percepção sensorial prejudicada** relacionada à: () interação sensorial prejudicada, () estresse psicológico, evidenciada por: () alucinações, () mudança no padrão do comportamento.

() **Risco de distúrbio na identidade pessoal** relacionada à: transtornos psiquiátricos.

() **Controle de impulsos ineficaz** relacionado à: () transtorno de humor, () abuso de drogas, () idéias delirantes, evidenciada por: () irritabilidade, () violência.

() **Risco de violência direcionada a outros** relacionado à: () sintomatologia psicótica, () história de comportamento antissocial violento.

() **Interação social prejudicada** relacionada à: () distúrbio no autoconceito, () processo de pensamentos perturbados, evidenciada por: interação disfuncional com outras pessoas.

() **Processos familiares disfuncionais** relacionados à: () personalidade que predispõe ao vício, () história familiar de resistência ao tratamento, evidenciados por: () incapacidade de lidar com conflitos, () abuso de drogas.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- () **Baixa autoestima situacional** relacionada à: () fracassos, () perda, evidenciada por: verbalizações autonegativas.
- () **Desesperança** relacionada à: () isolamento social, () estresse prolongado, evidenciada por: afeto diminuído.
- () **Insônia** relacionada à: () ansiedade, () sono interrompido, () fatores ambientais, () depressão, () medo, evidenciada por: relato de insatisfação com o sono (atual).
- () **Ansiedade** relacionada à: () crise situacional, () abuso de substância, evidenciada por: () preocupação, () nervosismo, () medo de consequências inespecíficas.
- () **Medo** relacionado à: estímulo fóbico, evidenciado por: relato de apreensão.
- () **Risco de Automutilação** relacionado à: () estado psicótico, () baixa autoestima, () abuso de drogas.
- () **Risco de suicídio** relacionado à: transtornos psiquiátricos.
- () **Troca de gases prejudicada** relacionada à: dispneia, evidenciada por: desequilíbrio na relação ventilação-perfusão.
- () **Risco de aspiração** relacionado à: () nível de consciência reduzido, () alimentação por sonda, () dentição prejudicada.
- () **Dor aguda** relacionada à: agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos) evidenciados por: relato verbal de dor.
- () **Risco de infecção** relacionado à: () tecido traumatizado, () conhecimento deficiente para evitar exposição a patógenos.
- () **Risco de lesão** relacionado à: disfunção sensorial.
- () **Integridade da pele prejudicada** relacionada à: () fatores mecânicos, () extremos de idade, evidenciada por: rompimento das estruturas da pele.
- () **Volume de líquidos deficiente** relacionado à: () falha dos mecanismos reguladores, () perda ativa do volume de líquidos, evidenciado por: () diminuição do turgor da pele, () mucosas secas.
- () **Eliminação urinária prejudicada** relacionada à: () infecção do trato urinário, () múltiplas causas, evidenciada por: () disúria, () incontinência.
- () **Diarreia** relacionada a: () ansiedade, () efeitos adversos de medicamentos, () má absorção, () contaminação, evidenciada por: () dor abdominal, () urgência para evacuar.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

- () **Constipação** relacionada à: () mudança nos padrões alimentares, () uso de medicamentos, evidenciada por: volume de fezes diminuído.
- () **Risco de quedas** relacionado à: () estado mental diminuído, () agentes ansiolíticos, () mobilidade física prejudicada.

Assinatura:

APÊNDICE G: Prescrição de Enfermagem

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM			
Data: ____/____/____			
Unidade _____			
Nome: _____	Idade: _____		
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO		
Comunicar rebaixamento de nível de consciência	M	T	N
Verificar sinais vitais () x/dia			
Estimular/Auxiliar/Supervisionar ingesta hídrica e alimentar	M	T	N
Registrar ingesta medicamentosa	M	T	N
Comunicar/Registrar sinais/sintomas de intoxicação medicamentosa	M	T	N
Atentar/Registrar ao Risco de Queda	M	T	N
Orientar/Supervisionar/Auxiliar/Realizar banho () aspersão () leito		M	
Orientar/Supervisionar/Auxiliar/Realizar higiene oral 5x/dia	8	11	14 17 20
Supervisionar/Fornecer/Auxiliar vestimentas adequadas		Atenção	
Comunicar alterações do pensamento e sensopercepção	M	T	N
Atentar/Registrar Riscos de Agressão	M	T	N
Atentar/Registrar Risco de Fuga	M	T	N
Intensificar vigilância em Riscos de Suicídio	M	T	N
Comunicar/Registrar sinais de agitação psicomotora	M	T	N
Comunicar/Registrar sinais e sintomas de ansiedade	M	T	N
Comunicar/Registrar padrão do sono		Atenção	
Comunicar/Registrar queixas de dor ou desconforto	M	T	N
Avaliar as contenções físicas do paciente para evitar lesões		Atenção	
Comunicar/Registrar presença de lesões/traumas		Atenção	

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Registrar características das eliminações vesicais e intestinais	M	T	N
Realizar rodízio para injeção IM/SC conforme tabela	Atenção		
Realizar massagem de conforto/mudança de decúbito conforme tabela	Atenção		
Estimular participação em grupos terapêuticos	Atenção		

Assinatura: _____

APÊNDICE H: Autorização da Instituição



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: CONSTRUÇÃO DE UM SABER COLETIVO PARA IMPLANTAÇÃO EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**, e cumprirei os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

São José, 12/13/2013

ASSINATURA:  IPQ - INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
DO ESTADO DE SANTA CATARINA
Dr. Paulo Márcio Souza
Diretor
CRM 7718 - Mat. 318062-0-02

NOME: Paulo Márcio Souza

CARGO: DIRETOR GERAL

CARIMBO DO/A RESPONSÁVEL

IPQ - INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
DO ESTADO DE SANTA CATARINA
Dr. Paulo Márcio Souza
Diretor
CRM 7718 - Mat. 318062-0-02

ANEXOS

ANEXO A: Parecer Consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: CONSTRUÇÃO DE UM SABER COLETIVO PARA IMPLANTAÇÃO EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

Pesquisador: ANA IZABEL JATOBÁ DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20221014.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 538.888

Data da Relatoria: 24/02/2014

Apresentação do Projeto:

Dissertação de mestrado de Bruggmann, orientado por Jatobá de Souza, que pretende entrevistar 20 enfermeiros do IPQ/SC.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os autores: Contextualizar historicamente a assistência de enfermagem em um Hospital Psiquiátrico de referência em Santa Catarina. Construir um saber coletivo com os enfermeiros para implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em um Hospital Psiquiátrico de referência em Santa Catarina.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pode contribuir para o conhecimento generalizável sobre o tema.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Não há.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
SARITÓ: 1190300 CEP: 88.045-900
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 538.888

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANOPOLIS, 24 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

ANEXO B: Instrução Normativa 03/MP-PEN/2011

Instrução Normativa 03/MPENF/2011

Florianópolis, 12 de setembro de 2011.

Define os critérios para elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos de conclusão do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC.

A Coordenadora do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no uso de suas atribuições, considerando o disposto na Resolução 05/CUN/2010 e no Regimento Interno do Curso, e o que deliberou, por unanimidade, o Colegiado Delegado do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC, em reunião realizada em 12/09/2011,

RESOLVE:

1. As dissertações deverão conter artigos/manuscritos de autoria do discente, em co-autoria com o orientador e co-orientador.
2. A inclusão destes artigos deverá ser feita de modo a fornecer uma visão do conjunto do trabalho da dissertação. O formato incluirá:
 - Elementos pré-textuais
 - Introdução
 - Objetivos
 - Referencial teórico e metodológico (em 1 ou 2 capítulos)
 - Resultados apresentados na forma de no mínimo 2 *manuscritos/artigos*, sendo que um destes artigos poderá apresentar resultados de pesquisa bibliográfica. Este manuscrito/artigo poderá ser inserido como capítulo específico, logo após a introdução (Revisão de literatura sobre o assunto da pesquisa) ou então no capítulo de Resultados e Discussão, juntamente com o(s) artigo(s) que contemplará(ão) os resultados da pesquisa principal desenvolvida na dissertação.
 - Considerações Finais/Conclusões
 - Elementos pós-textuais
3. Orientações gerais:
 - a) Todos os artigos, assim como os demais capítulos deverão ser apresentados de acordo com a ABNT;
 - b) A impressão final deverá seguir as normas de formatação da UFSC. Também a versão para avaliação da Banca Examinadora poderá estar formatada neste padrão;
 - c) Após a defesa pública, revisão final do trabalho de conclusão e sua entrega ao Programa e Biblioteca Universitária, os artigos deverão ser convertidos às normas dos periódicos selecionados e submetidos aos mesmos;
 - d) Os periódicos técnico-científicos selecionados para submissão deverão estar classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem) como B2 ou superior. No caso de periódicos não classificados pelo QUALIS/CAPES (área Enfermagem), deverá ser considerado o índice de impacto JCR ou avaliação QUALIS/CAPES de outras áreas.

Documento homologado no Colegiado Delegado do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem do MPENF/UFSC de 12/09/11.

Original firmado na Secretaria MPENF