

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

PAULO CÉSAR DA SILVA

**IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
(SAE) EM UM CAPS: UM ESTUDO DE CASO**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

PAULO CÉSAR DA SILVA

**IMPLANTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
(SAE) EM UM CAPS: UM ESTUDO DE CASO**

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

Profa. Orientadora: Msc. Sara Pinto Barbosa

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado “**Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um CAPS: um estudo de caso**” de autoria do aluno Paulo César da Silva foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Msc. Sara Pinto Barbosa
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

O presente estudo tem como principal finalidade, a melhoria da assistência aos indivíduos portadores de transtornos mentais, usuários do CAPS Lapa Adulto. Nada mais justo que este trabalho seja dedicado a essas pessoas que são os protagonistas principais. Esse indivíduo, muitas vezes solitário em seu sofrimento, possui a necessidade de resgatar seus valores. Único em sua especificidade, desapegado dos valores ditados pela sociedade, é o alvo de todo tipo de preconceito. Os Centros de Atenção Psicossocial tem como função principal o estímulo à recuperação de seu protagonismo social.

AGRADECIMENTOS

À Gisela Nigro, Gerente do CAPS Lapa, pessoa que me inscreveu no curso, dando-me a oportunidade de rever meus conceitos.

À minha Profa. Orientadora: Msc. Sara Pinto Barbosa, pessoa extremamente compreensiva, ciente das minhas dificuldades, supriu-me das mais diversas ferramentas, para que eu atingisse o objetivo.

À graduanda de enfermagem, Michelle Pastore, pelo incentivo e disponibilização de literatura atualizada sobre SAE.

À Regina minha esposa, sempre atenta aos estímulos diários para que eu continuasse.

À Renata Lara, auxiliar de enfermagem do CAPS Lapa, que entendendo a importância da aplicação da SAE, redobrou esforços no sentido de sua aplicação, seguindo as orientações e oferecendo novas ideias para a confecção dos formulários.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
3 MÉTODO.....	14
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
6 REFERÊNCIAS.....	20
7 ANEXOS	22

RESUMO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é todo o planejamento registrado da assistência que abrange desde a criação e implantação do manual de normas e rotinas das unidades à descrição padronizada dos procedimentos técnicos até, finalmente, a adoção do Processo de Enfermagem. O objetivo principal deste trabalho foi a elaboração de instrumentos que têm a finalidade de intervir na qualidade das ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem. O trabalho trata-se de uma tecnologia direcionada ao cuidado, que servirá de instrumento educativo como também, um facilitador dos registros administrativos e orientador para o Enfermeiro Responsável Técnico. Para a elaboração e embasamento teórico destes instrumentos, foram consultadas e utilizadas inicialmente algumas literaturas já existentes, bem como, outros dispositivos que já estavam sendo implementados e utilizados em algumas unidades do SUS, e que para isso precisaram ser adaptados à realidade deste CAPS. O planejamento e a implantação da SAE, por si só não garantem a responsabilidade e melhorias na assistência ao usuário assistido. Ao ressaltar a necessidade de aplicar um processo, onde são diagnosticados os problemas do cliente e, ao elaboramos uma prescrição de cuidados adequados, poderemos nos guiar para uma tomada de decisões, dirigidas as mais diversas situações, que se apresentam no dia a dia do enfermeiro responsável técnico e podendo promover uma maior autonomia da profissão de enfermagem. Contudo, a transformação de uma realidade assistencial carente de planejamento, envolve fatores que estão acima do desejo solitário e individual do enfermeiro.

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem no decorrer dos anos tem se dedicado a embasar seus saberes empíricos, criando alguns modelos inspirados em teorias que moldam a profissão. Utilizando-se de forma mais racional uma estrutura sistematizada que objetiva maior segurança no desenvolvimento das atividades de enfermagem (ALFARO-LEFEVRE, 2002).

O primeiro modelo a ser aplicado a partir de 1979, foi o proposto por Wanda Horta e foi publicado no livro, "Processo de Enfermagem" em 1979, no qual o processo de cuidado se dividia em seis fases contendo: Histórico de enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Plano assistencial; Prescrição de enfermagem e Evolução de enfermagem. Este modelo é o mais utilizado no Brasil e sofreu algumas modificações ao longo dos anos, o que acabou por descaracterizar as propostas iniciais (ALFARO-LEFEVRE, 2002).

O modelo de Wanda Horta tinha o objetivo de organizar o gerenciamento do cuidado, embasado em metodologias científicas e não unicamente no empirismo. Assim a coleta de dados, levaria à identificação de um problema, as ações de enfermagem seguiriam um planejamento dos cuidados e, após sua implementação, evoluiria para uma avaliação de resultados e conseqüente novo planejamento. Todas estas fases deveriam ser registradas em prontuário do paciente pela equipe de enfermagem.

Ainda hoje, nós enfermeiros responsáveis técnicos, continuamos nos preocupando com a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), principalmente devido à implantação desta em vários serviços recém criados, como por exemplo, os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial). A implantação do processo de cuidado em enfermagem deve atender às necessidades dos locais e, para isso, deve ser adaptada à realidade e estrutura local, muito embora isso não deva comprometer os passos que conferem cientificidade ao cuidado prestado.

A SAE atualmente é obrigatória, por força da resolução do COFEN número 358/2009, que no artigo 2 diz que a "Sistematização da Assistência de Enfermagem deve ser implantada em toda instituição de saúde".

Os enfermeiros então se sentiram convocados a conhecer em profundidade o assunto e a se envolverem em suas discussões, levantando as dificuldades para sua execução e sugerindo novos processos. Muito embora ainda exista um grande hiato entre a aplicabilidade e a produção de conhecimento, o uso deste mecanismo de planejamento de cuidado em saúde cria possibilidades, aproximando os conhecimentos científicos aos cuidados práticos, visto

que as ações de cuidado devem se pautar em dados com comprovada eficácia na saúde do paciente.

A Aplicação da SAE envolve muito mais que passos a serem seguidos, solicitando do enfermeiro investir em formação, para que se familiarize com as necessidades de seu paciente e as práticas de enfermagem adequadas para estas necessidades.

A consolidação deste processo depende de fatores sociais e econômicos, os profissionais são continuamente chamados a demonstrar que intervenções baseadas em processos de planejamento, trazem diferentes resultados positivos, oferecendo a possibilidade de o usuário do serviço sentir-se confiante diante das condutas praticadas.

O nível de conhecimento do enfermeiro sobre a SAE, bem como as dificuldades de sua introdução no serviço, levam à discussão a avaliação da qualidade da assistência prestada e conseqüente enriquecimento e valorização do profissional de enfermagem, o que pode gerar maior desempenho do profissional dentro do processo.

Considerando o curto período histórico de implantação dos CAPS, e os poucos protocolos específicos neste tipo de serviço, tornou-se imperativo a elaboração de uma sistematização da assistência de enfermagem, objetivando sua aplicação no contexto diário, bem como aperfeiçoar as ações direcionadas aos usuários e subsidiar os demais profissionais da equipe multidisciplinar. Este estudo não visa esgotar o assunto, que por si só é extremamente extenso, mas sim ser um facilitador.

Diante do exposto, este estudo de caso objetiva descrever os aspectos particulares vivenciados atualmente no CAPS de São Paulo, capital do estado de São Paulo, na implantação da SAE e expõe os aspectos facilitadores e os empecilhos cotidianos na aplicabilidade dessa ferramenta de cuidado em enfermagem. Este trabalho justifica-se pela lacuna ainda existente na área de saúde mental com relação à sistematização do cuidado de enfermagem aos portadores de doença mental.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Sistematização da Assistência de Enfermagem é todo o planejamento registrado da assistência que abrange desde a criação e implantação do manual de normas e rotinas das unidades à descrição padronizada dos procedimentos técnicos até, finalmente, a adoção do Processo de Enfermagem. Há diversos modos de sistematizar a assistência de enfermagem.

Através de um plano de cuidados, com protocolos, padronização de procedimentos e processo de enfermagem. Os métodos são utilizados para solucionar uma dada situação, em um dado contexto, em um determinado tempo, com a finalidade de produzir resultados positivos para a saúde das pessoas que cuidamos (CARVALHO; BACHION, 2009).

O Processo de Enfermagem é o método para sistematizar o cuidado, propiciando condições para individualizar e administrar a assistência. Iyer P.W (1993) assim descreve o processo de cuidado: “Uma abordagem deliberativa de solução de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, e está voltada a satisfação das necessidades do sistema cliente-família”.

O objetivo é atender as necessidades individualizadas do cliente, da família e da comunidade através de método específico. Existem algumas vantagens que sabidamente contribuem para a profissão de enfermagem com uso da SAE, a saber: prevenção de erros e repetições desnecessárias de procedimentos, melhora a comunicação entre os membros da equipe, paciente e família e facilitação na troca de informações entre enfermeiros. No que concerne ao cliente ressalta-se: cuidado individualizado, centrado na pessoa e na família, redução da incidência e do tempo de internação e favorecimento de ambiente seguro e terapêutico. Para os profissionais, registra-se o aumento na satisfação profissional, a estimulação ao aperfeiçoamento, inovação e criatividade na assistência e a segurança na tomada de decisão (FONSECA, 1985).

Contexto histórico do processo de enfermagem

Toda a assistência de enfermagem vem sofrendo grande progresso, sobretudo por essa ser uma profissão considerada ainda jovem. Florence Nightingale tem sua importância reconhecida por alguns autores, como a precursora de enfermagem em alguns conceitos de cuidado e por conferir cientificidade à profissão (Meleis, 1997). Registros em cartas e anotações em 1860 demonstram o modelo teórico de assistência e do cuidado ao dizer que a

enfermeira não precisa ter domínio completo sobre o processo saúde e doença, pode ser o início das tentativas para estabelecer uma distinção entre a medicina e a enfermagem o que causava grande animosidade entre os médicos da época.

Alguns acontecimentos são destacados no que concerne ao cuidado prestado aos clientes e, desta forma, destaca-se na década de 20 a afirmação de que enfermeiros devem usar o método científico, identificar problemas específicos de enfermagem, registrá-los e prescrever cuidados (Harmer, 1924), o que mostra o embrião do conceito de assistência prestada hoje. Na década de 50 destacaram-se as Teorias de Enfermagem, na década de 70 é importante no país pela contribuição de Wanda Horta. Em 1973 é adotado o termo diagnóstico pela ANA (American Nurses Association). Para que se esclareça o resultado de todo esse amadurecimento profissional da enfermagem, a seguir descreve-se os passos ou etapas constituintes atualmente da Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) segundo NANDA 2012

Passos do Processo de Enfermagem

1) Investigação (Histórico de Enfermagem):

Coleta de dados (entrevista e exame físico) e exame de informação sobre a situação da saúde, procurando evidências do funcionamento anormal ou de fatores de risco que possam contribuir para os problemas de saúde.

2) Diagnósticos de Enfermagem

Análise dos dados com identificação dos problemas vigentes ou potenciais. Segundo NANDA 2012, é um julgamento clínico acerca das respostas do indivíduo, da família ou da comunidade aos problemas reais ou potenciais de saúde ou processo de vida. Constituem a base para a seleção de intervenções de enfermagem e os resultados pelos quais é responsável. Através do diagnóstico, são identificadas as necessidades básicas do ser humano que precisam de atendimento. De acordo com os problemas de enfermagem identificados, haverá então pelo enfermeiro/a a determinação do grau de dependência deste atendimento:

Dependência Total = fazer, ou seja, este paciente é mais dependente dos cuidados diretos da equipe de enfermagem para prestar-lhe ajudar nas necessidades básicas de vida.

Dependência Parcial = ajudar, orientar, supervisionar e encaminhar.

Planejamento (Plano Assistencial)

Determinação das prioridades que serão de enfoque do enfermeiro, quais serão delegadas e quais serão encaminhadas. Nesta etapa, estabelecem-se ainda os resultados esperados (metas) e em quanto tempo, sendo isso importante na etapa de avaliação. Determina-se ainda nessa fase as intervenções a serem executadas e faz-se o registro do plano de cuidados individualizado.

Implementação (Prescrição de Enfermagem)

É a real prestação de cuidados de enfermagem. Realiza as intervenções planejadas e registra (anotação de enfermagem). Segundo Horta (1979) é um roteiro diário de coordenação das ações da equipe de enfermagem na execução de seus cuidados que, sem dúvida, deve atender às necessidades individuais e específicas do sujeito ao qual a enfermagem está prestando cuidado em saúde. Para Mc Closkey e Bulechek (2000), a intervenção de enfermagem “é qualquer tratamento, baseado no julgamento e no conhecimento clínico, que o enfermeiro realiza para melhorar os resultados do paciente/cliente”.

Avaliação (Evolução de Enfermagem)

Determina se os resultados desejados foram atingidos ou se são necessárias modificações. Segundo Horta (1979) é “Relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional”.

Mesmo ante as vantagens da SAE apresentadas acima, sabe-se que existem algumas dificuldades na implantação desta, tais como: preparo inadequado na formação dos profissionais de enfermagem (técnicos que executam as prescrições e enfermeiros que as planeje); organização do cuidado centrado (foco) em tarefas, realização fragmentada de tarefas e imposição da chefia e super valorização da documentação em detrimento da implementação dessa metodologia de forma efetiva na prática.

Respaldo legal da SAE

Segundo a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, é de competência legal do enfermeiro, do técnico e auxiliar de enfermagem observar, reconhecer e descrever os sinais e sintomas, de acordo com a sua formação. Nesta mesma lei, no artigo 14 está explicitada a incumbência dos profissionais de anotarem no prontuário toda a assistência prestada. Tais aspectos conferem o respaldo legal e ratificam a responsabilidade de toda equipe de

enfermagem de prestar cuidado planejado, documentado e baseado nos sinais e sintomas dos pacientes que devem ser respondidos com cuidados científicos à profissão.

3 MÉTODO

O método utilizado tem como objetivo principal, a elaboração de instrumentos que têm a finalidade de intervir na qualidade das ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem. Trata-se de uma tecnologia direcionada ao cuidado, que servirá de instrumento educativo como também, um facilitador dos registros administrativos e orientador para o Enfermeiro Responsável Técnico.

Devido ao fato de não se tratar de pesquisa com envolvimento direto de seres humanos, esclarece-se que este projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Portanto, não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida). Espera-se que ao término deste estudo, que iniciamos em setembro de 2013, novos instrumentos poderão ser implementados e sua aplicabilidade reavaliada em conjunto com a equipe de enfermagem.

Problematização do tema

Parte da equipe de enfermagem do CAPS Lapa, ainda tem um comportamento, muitas vezes, tímido diante da discussão dos casos e da construção dos projetos terapêuticos, isso ocorre aparentemente devido à falta de formação específica na área de saúde mental. Embora o quadro de pessoal em geral tenha diminuído nos últimos anos, trabalhamos permanentemente na maioria das atividades propostas. O interessante é que esses profissionais atuam em diversos setores, entre eles:

- a) Oficinas abertas e grupos terapêuticos;
- b) Visitas domiciliares;
- c) Atendimentos individuais dentro e fora do posto de enfermagem;
- d) Acompanhamento durante as refeições;
- e) Convivência;
- f) Grupos de expressão através da imagem, da escrita, filmagem;
- g) Atividades corporais, como Lian Gong, caminhada, Tai chi;
- h) Acolhimento de primeira consulta;
- i) Consultas de enfermagem.

Apesar disso, é possível encontrar alguns membros desmotivados, sentindo-se pouco valorizados (o que é uma queixa recorrente durante as reuniões gerais de equipe), muitas vezes solitários diante das situações de crise, tendo que tomar decisões imediatas sem a

retaguarda de um técnico presente. No último ano tivemos um investimento maciço na construção e integração da rede de atenção desse território, com participação constante nas reuniões e encontros com os mais diversos serviços públicos ou da iniciativa privada.

O CAPS II Lapa tem como porta de entrada o acolhimento do indivíduo residente em seu território de abrangência. As demandas são provenientes de hospitais, pronto socorro, Unidade Básica de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), consultório de rua e inclusive através de busca espontânea dos usuários. Neste primeiro atendimento, que geralmente é realizado com dois profissionais de nível superior, é feita a triagem, momento em que será definido se o indivíduo será encaminhado a uma UBS de referência ou se for o caso, a inserção nesse serviço, sendo construído um Projeto Terapêutico Singular (PTS) inicial. Nesse PTS, várias são as opções disponíveis, podendo ser uma consulta mensal ou até uma frequência integral. Atualmente estão sendo atendidos com maior intensidade cerca de vinte e cinco usuários, outros cinquenta pelo menos uma vez por semana e os restantes distribuídos em consultas médicas, participação em grupos terapêuticos verbais e oficinas abertas. Lembrando ainda que há um grupo de produção e renda, chamado “Carinho Feito a Mão”, destinado a alguns usuários, que produzem objetos e artes, que posteriormente serão colocados à venda em feiras e eventos externos, cuja renda obtida é dividida entre os participantes.

Cenário do Estudo

Este estudo originou-se diante das necessidades e dificuldades de implantação da SAE, em um CAPS II, do município de São Paulo, localizado na zona oeste da cidade, bairro da Lapa. Segue os preceitos indicados pelo COFEN, através da Lei nº 7.498/86 e da Resolução COFEN nº 358/2009. Tratando-se de uma unidade de saúde mental, destinada ao tratamento de pessoas com transtornos mentais graves e/ou persistentes. Está localizada em região de fácil acesso, próximo ao terminal de ônibus da Lapa, e da estação de trem da Lapa. Em seu território de abrangência estão os bairros de: Jaguaré, Vila Jaguara, Parque da Lapa, Lapa de Baixo, Vila Anastácio, Vila dos Remédios e Vila Romana. Sendo que também estão sob responsabilidade deste serviço de residência terapêutica com oito moradoras. Tal CAPS tem o horário de atendimento das oito às dezoito horas. Fazendo parte da equipe de trabalho multidisciplinar os seguintes profissionais:

- a) Dois Enfermeiros;
- b) Três Médicos;

- c) Uma Terapeuta Ocupacional;
- d) Uma Assistente Social;
- e) Três Psicólogas;
- f) Três Auxiliares de Enfermagem;
- g) Dois Auxiliares Administrativos;
- h) Duas Técnicas de Farmácia;
- i) Uma Copeira (terceirizada)
- j) Três Auxiliares de Limpeza (terceirizadas);
- k) Um Segurança (terceirizado)

Ante o exposto, foram criados no CAPS II, o qual faço parte como enfermeiro, instrumentos para viabilizar a implantação da SAE, sendo estes impressos próprios que ainda estão sendo implementados e analisados. Tais impressos compreendem:

- 1 - Formulário para coleta do histórico e dados do paciente;
- 2 - Formulário SAE com diagnósticos, prescrição de enfermagem, evolução e anotação;
- 3 - Formulário para identificação de nível de dependência;
- 4 - Protocolo de contenção;
- 5 - Manual de Enfermagem;
- 6 - Regimento de Enfermagem;
- 7 - Protocolo de dispensação de medicamentos.

Após algumas reuniões entre a equipe para esclarecimento de dúvidas, iniciamos sua implantação em outubro de 2013, com muita resistência por parte de alguns membros da equipe, que se recusam a seguir o processo e também não apresentam propostas de mudanças.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Ao assumir a responsabilidade técnica da unidade CAPS Lapa em 2002, sem formação ou experiência na área de psiquiatria, exceto em pronto socorro geral. Não havia no serviço qualquer plano de cuidados sistematizados ou, sequer um instrumento específico para registro das atividades de enfermagem. Os procedimentos de enfermagem eram subnotificados e apenas aqueles considerados mais relevantes ou de importância pontual, como por exemplo: Atenção à crise ou mudança de projeto eram efetivamente registrados. Em 2007 com as primeiras visitas fiscalizatórias do COREN, despertou-se então, em parte da equipe de enfermagem uma preocupação. Primeiramente no que diz respeito ao cumprimento da lei, o que é exigido pelo COREN. O mecanismo adotado, ainda rudimentar na ocasião, foi a anotação um pouco mais intensiva e voltada à atenção diária, de quaisquer procedimentos realizados, diretamente na folha de prescrição médica. Após três anos, outra visita do COREN, possibilitou uma nova abordagem e conscientização da necessidade da enfermagem se colocar com maior ênfase diante da elaboração de um instrumento mais eficaz, e assim que pudesse dar início a uma verdadeira mudança na forma de olhar para o cliente. A partir de então se implantou os formulários já descritos e anexados a este trabalho.

Para a elaboração e embasamento teórico destes instrumentos, foram consultadas e utilizadas inicialmente algumas literaturas já existentes na Prefeitura Municipal de São Paulo, bem como, outros dispositivos que já estavam sendo implementados e utilizados em algumas unidades do SUS, e que para isso precisaram ser adaptados à realidade deste CAPS.

São eles:

- a) Cartilha dos CAPS de autoria do Ministério da Saúde - Saúde Mental;
- b) CIPESC - Classificação Internacional das Práticas de Saúde Coletiva - PMSP;
- c) Acolhimento: O Pensar, O Fazer, O Viver - PMSP - SMS;
- d) Livreto de Dimensionamento de Enfermagem - COREN-SP;
- e) Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde;
- f) Sistema de Classificação de Pacientes na Especialidade Psiquiátrica.

Ficou estabelecido que a partir de outubro de 2013, todo cliente novo que fosse inserido no CAPS, com PTS caracterizado por uma frequência de pelo menos três vezes por semana, fosse submetido a uma avaliação inicial através do formulário para coleta do histórico e dados pessoais do paciente (Anexo 6-1). Sendo diagnosticado algum problema de enfermagem, então abrir-se-ia um plano de cuidados através do formulário Diagnóstico e Prescrição, Evolução de Enfermagem (Anexo 6-2). Em seguida seria determinado o grau de

dependência, utilizando-se o formulário: Sistema de Classificação do Nível de Dependência em Enfermagem Psiquiátrica (Anexo 6-3).

Para os indivíduos que já estavam em tratamento no momento da implantação deste sistema, optou-se por escolher aqueles cujo PTS, era determinado por uma frequência de maior intensidade, isto é, que tivesse que comparecer ao CAPS no mínimo três vezes durante a semana, em acolhimento diurno, meio período com almoço ou integral. As avaliações subsequentes deveriam ser semanais, divididas entre o enfermeiro do período da manhã e o da tarde. Na prática constatou-se que devido ao tempo disponibilizado para cada consulta, acrescentada as anotações nos formulários, seriam necessários ao menos quarenta minutos. A enfermagem participa de outras atividades, distintas daquelas consideradas clássicas ou comuns. O elenco de práticas disponíveis para o profissional disposto dentro de um CAPS é gigantesco.

Assim, ficou estabelecido que a possibilidade, dada às circunstâncias, era sistematizar um caso por dia, durante um intervalo de tempo até que se atingisse a meta de vinte usuários, que se encaixavam nesse critério e, portanto, se beneficiariam com a aplicação da SAE, já que este é o universo atual de pessoas cujo PTS incluído a permanência integral no CAPS.

Ao Auxiliar de Enfermagem caberia as anotações dos procedimentos realizados por ele, como também a participação do indivíduo nas atividades propostas e contratadas em seu projeto terapêutico.

Com relação à aplicabilidade e aceitação da SAE pelos pacientes submetidos, foi quase um sucesso, sendo que pudemos nos aproximar mais de alguns, propiciando uma melhora interação enfermagem-paciente, com conseqüente melhoria na adesão ao tratamento e favorecimento à construção de vínculos. Por outro lado, apenas dois profissionais da enfermagem absorveram bem as mudanças, sendo uma auxiliar de enfermagem, que inclusive contribuiu com ideias para o aperfeiçoamento da SAE, e o enfermeiro residente. No período compreendido em quatro meses de implantação desse sistema, somente oito usuários foram avaliados e acompanhados integralmente da forma proposta. Novos conceitos precisam ser aprimorados e reavaliados seguidamente, o que exige muito empenho dos defensores da ideia, recentemente com a diminuição do quadro de enfermagem, o desafio vai tornando-se quase intransponível. Mas o exercício nos permite conceber um horizonte promissor em médio prazo e assim esperamos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O planejamento e a implantação da SAE, por si só não garantem a responsabilidade e melhorias na assistência ao usuário assistido. Ao ressaltar a necessidade de aplicar um processo, onde são diagnosticados os problemas do cliente e, ao elaboramos uma prescrição de cuidados adequados, poderemos nos guiar para uma tomada de decisões, dirigidas as mais diversas situações, que se apresentam no dia a dia do enfermeiro responsável técnico e gerente dessas ações. Esse cuidado não se reduz apenas ao cliente, vai além. Podendo promover uma maior autonomia da profissão de enfermagem. Contudo, a transformação de uma realidade assistencial carente de planejamento, envolve fatores que estão acima do desejo solitário e individual do enfermeiro. Impõem-se uma aspiração natural e necessária, à produção e desenvolvimento de projeto, que implique o profissional e a instituição em direção a uma finalidade, cuja vontade política e melhoria nas condições de trabalho, podem contribuir com a construção de um projeto terapêutico multidisciplinar e ampliado.

REFERÊNCIAS

- ALFARO-LEFEVRE, R. **Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo**. 5ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2002.
- CUNHA, S.M.B. Análise da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo modelo conceitual de Wanda Horta. **Revista Brasileira de Enfermagem** – 2005.
- MCCLOSKEY, J.C. & BULECHECK, G.M. - **Nursing Interventions Classification (NIC)**. 3ª ed. St. Louis - EUA: Ed. Mosby-Elsevier - 2000
- HORTA, WANDA A., **Processo de Enfermagem**, E.P.U., 1979 - São Paulo
- JOHNSON, MOORHEAD, BULECHECK, BUTCHER, MAAS, SWANSON, **Ligações NANDA NOC-NIC**. 3ª ed. Rio de Janeiro, Ed. Elsevier - 2012
- 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. (internet). 2009. Disponível no site::
<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a01.htm>.
- IYER, PW; TAPTICH, BJ; BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993
- POTTER, P.A., PERRY A.G., **Fundamentos de Enfermagem**, 6ª Ed. Rio de Janeiro, Ed.mosby- Elsevier - 2006
- HURMER, B., **Text-book of the Principles and Practice of Nursing** - New York - Ed. The Macmillan company, 1924 - Disponível no site:
<https://ia600705.us.archive.org/29/items/textbookofprinciharm/textbookofprinciharm.pdf>
- MELEIS, A.I. **Theoretical nursing: Development and progress**, 3ª Ed. Ed.- Philadelphia Lippincott Co. 1997
- Técnicas Básicas de Enfermagem** - Disponível no site:
http://www.marimar.com.br/medico/tecnicas_basicas_em_enfermagem.htm
- MATÃO, M.E.L& LIMA, I.L., **Manual do Técnico e Auxiliar de Enfermagem** – 8ª Ed. Goiânia - AB Editora, 2007 -
- Cartilha dos CAPS - Saúde Mental no SUS** - Ministério da Saúde - 2004 - Série F - Comunicação e Educação em Saúde
- Diagnósticos de Enfermagem NANDA - Definições e Classificações** - 2009/2011
- BARBIERI, R.L, et al, **Cuidados emergenciais** – Ed.Rideel, SP. 2002

FONSECA, A.V, et al. **Fundamentos de Enfermagem: Introdução ao Processo de Enfermagem**. Ed. Guanabara – RJ. 1985.

Acolhimento - o Pensar o Fazer o viver - Secretaria da Saúde Municipal de São Paulo - 2002

CIPESC - Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
Organizadoras: Lêda Maria Albuquerque, Marica Regina Cubas - PMSP

Saúde Mental - Texto de Referência Para Auxiliares e Técnicos de Enfermagem - Ana Lúcia Machado. Lúcia de Almeida Colvero - São Caetano do Sul - 2009

Livreto de Dimensionamento de Enfermagem - COREN-SP - 2010

Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde - Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde - 3ª Ed. - Brasília, 2011

MARTINS PASF, **Sistema de Classificação de Pacientes na especialidade Enfermagem Psiquiátrica**, dissertação. São Paulo: Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo, 2001

6-1 Formulário para coleta do histórico e dados do paciente (Pagina 2)

Histórico do Trabalho: Tem Profissão? Sim Não - Trabalha? Sim Não - Benefício? Sim Não

Cotidiano e hábitos do usuário (sono, repouso, lazer, higiene, eliminações fisiológicas, atividade sexual, exercício físico)

Internações e História dos Tratamentos (psiquiátricos) Anteriores

Diagnósticos CID 10 _____

III - Histórico de Transtornos psiquiátricos na família

Potencial Suicida? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	Doença na infância? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Potencial para agressividade? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	Diabetes? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Potencial para agitação psicomotora? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	Hipertensão? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Mudança recente no comportamento sexual? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	Alergias? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim
Doença infecciosa? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim	Qual? _____
Medicações em uso? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim Quais? _____	
IV - Exame Psíquico 1) Apresentação: <input type="checkbox"/> adequada <input type="checkbox"/> Descuidada <input type="checkbox"/> Exagerada <input type="checkbox"/> Bizarra Descrição: _____ _____	4) Atenção Atenção espontânea: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente Atenção Voluntária: <input type="checkbox"/> preservada <input type="checkbox"/> Aumentada <input type="checkbox"/> Diminuída <input type="checkbox"/> Ausente
2) Atitude: <input type="checkbox"/> Ativa/Colaborativa <input type="checkbox"/> Negativista ativo <input type="checkbox"/> passivo <input type="checkbox"/> Sedutor <input type="checkbox"/> Pueril <input type="checkbox"/> Teatral <input type="checkbox"/> Hostil <input type="checkbox"/> Beligerante	5) Orientação: <input type="checkbox"/> Orientado alo-psiquicamente <input type="checkbox"/> Orientado auto-psiquicamente <input type="checkbox"/> Desorientado alo-psiquicamente <input type="checkbox"/> Desorientado auto-psiquicamente
3) Consciência: <input type="checkbox"/> Vigil <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Torporoso <input type="checkbox"/> Comatoso	6) Psicomotricidade: <input type="checkbox"/> Inquieto <input type="checkbox"/> Acelerado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Lentificado <input type="checkbox"/> Apático <input type="checkbox"/> Estupor

6-1 Formulário para coleta do histórico e dados do paciente (Pagina 3)

7) Memória:

 Sem alteração Imediata Recente (últimas 24h) Remota (últimos 6 meses)

8) Pensamento:

Curso: Normal lentificado Acelerado (logorreico/pressão de fala) Latência de resposta**Forma:** Agregado Desagregado Arborizante Frouxidão de laços associativos Salada de palavras Prolixidade Tangencial Fuga de Ideias Perseveração**Conteúdo:** Ideia prevalente (egosintônico) Ideia obsessiva (egodistônico) Ideia Intrusiva**Delírio:** persecutório Grandioso Religioso de ciúme de ruína Fantástico Bizarro Ideação suicida Ideação homicida Somático identificação de culpa de negação de órgãosPensamento (conteúdo) Delírios? Não simDescreva: _____

_____9) Senso percepção: Ilusão DistorçãoAlucinação: Auditiva Visual Tátil Olfativa Gustativa

10) Humor:

 Eutímico Depressivo Eufórico Disfórico Ansioso

11) Afeto:

 Congruente Incongruente Embotado Ressoante

12) Crítica:

 Preservada Prejudicada/pobre Ausente

13) Prospecção (ideia de futuro)

 Prejudicada Adequada

14) Pragmatismo:

 Hipopragmatismo Apragmatismo Organizado Desorganizado

15) Fala:

Quantidade: sem alterações escassez mutismo Pressionada Logorreica**Taxa:** sem alterações rápida lenta**Volume:** sem alterações alto baixo**Características:** sem alterações gaguez fala arrastada sotaques incomuns

Informações obtidas de:

 cônjuge família Paciente prontuário

VI - Sinais Vitais: P.A. ____ x ____ FC ____ Temp. ____

V - Encaminhamentos: _____

Enfermeiro responsável pelo atendimento: _____

6-3 Formulário para identificação do nível de dependência de enfermagem, com abordagem de onze itens e sua classificação. De acordo com MARTINS PASF, 2001 Frente:

CAPS LAPA ADULTO		
SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DO NÍVEL DE DEPENDÊNCIA EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA		
NOME DO USUÁRIO _____		OCUPAÇÃO _____
IDADE _____	SEXO _____	INÍCIO DO TRATAMENTO ____ / ____ / ____ PRONT. _____
1. Cuidados com a Aparência e Higiene		
1	Discreta	Necessita apenas de orientação e supervisão para realizar as atividades de rotina como: uso do chuveiro, guarda de roupas e pertences e higiene adequada. Faz uso adequado de vestimentas e ornamentos.
2	Intermediária	Necessita de orientação, estímulos verbais e auxílio para higiene adequada. Demonstra algum desinteresse por sua aparência. Abusa de ornamentos.
3	Plena	Negligente quanto à aparência, veste-se de forma inadequada e ou bizarra, necessita de ajuda para tomar banho, escovar os dentes e realizar higiene íntima.
2. Expressão do Pensamento		
1	Discreta	Demonstra crítica e juízo preservados. Responde às solicitações. Mantém discurso em tom de voz normal e conteúdo adequado.
2	Intermediária	Mantém tom de voz elevado ou diminuído. Responde sucintamente às solicitações. Nota-se prejuízo da crítica e julgamento, mantém discurso acelerado, mudando várias vezes de assunto sem encerrar o anterior, fala aparentemente sozinho; mas, quando solicitado, consegue manter um discurso coerente.
3	Plena	Apresenta idéias delirantes, idéias que expressam alucinações, denotando com certa freqüência grande incômodo resultante de tais sintomas, expressa idéias de agitação, fuga ou suicídio, não responde às solicitações. Mantém-se em mutismo ou apesar das alterações, não é capaz de expressá-las.
3. Humor e Afeto		
1	Discreta	Mantém humor eutímico.
2	Intermediária	Demonstra certa indiferença, chora sem motivo aparente e com facilidade; não expressa seus sentimentos, faz demonstrações afetivas inadequadas, às vezes alegre.
3	Plena	Incapacidade para manejar seus sentimentos excessivamente alegre ou triste, desinteressado de tudo, irrita-se com facilidade, muda bruscamente de estado de humor. Refere vontade de morrer.
4. Atividades		
1	Discreta	Aceita participar das atividades individuais e grupais, colaborador e afetivo; procura ocupações espontaneamente, termina o que inicia e executa-as adequadamente.
2	Intermediária	Participa de atividades, apenas quando é estimulado, mantendo-se isolado dos demais; não consegue permanecer integralmente nas atividades, não termina o que inicia, tem dificuldade de entrosamento durante as atividades.
3	Plena	Recusa participar de qualquer atividade, apesar de conhecê-las; fica parado (completamente inativo), não permanece nas atividades.
5. Interação Social		
1	Discreta	Colaborador, procura interagir espontaneamente.
2	Intermediária	Mantém-se isolado dos demais; indeciso, tenta seduzir e manipular os demais; anda sozinho de um lado para outro; tem dificuldade no entrosamento e no cotidiano do manejo das relações familiares e sociais; quando solicitado, interage ou apenas responde às solicitações.
3	Plena	Hostil e ameaçador; não tolera frustrações; muito dependente dos demais; fica parado (completamente inativo); não colabora; fuma em demasia; furta pertences dos demais; aborda familiares de outros pacientes durante a visita; negligencia suas responsabilidades.
6. Alimentação / Hidratação		
1	Discreta	Aceita adequadamente as refeições e hidratação; mantém hábitos adequados durante as refeições, considerando-se as diferenças culturais.
2	Intermediária	ingere quantidade insuficiente de alimentos; exige dieta especial (terapêutica); quando estimulado e orientado alimenta-se; mantém alguns hábitos inadequados durante as refeições, considerando-se as diferenças culturais.
3	Plena	Não se alimenta sozinho; tem dificuldade para mastigar ou deglutir; recusa as refeições; ingere quantidade excessiva de alimentos; mantém-se inadequado durante as refeições; realiza ações purgativas, após as refeições.

6-3 Verso:

7. Sono		
1	Discreta	Dorme regularmente à noite.
2	Intermediária	Dorme durante o dia; não dorme à noite mas permanece em seu leito; só dorme após ser medicado (s/n).
3	Plena	Dorme e queixa-se de que não dormiu; não dorme dia e noite e torna-se inquieto e agitado; sonâmbulo; não dorme mesmo depois de medicado uma vez; dorme além do normal tanto de dia como à noite.
8. Medicação		
1	Discreta	Aceita sua medicação; quase sempre conhece os medicamentos que usa, bem como seus efeitos; é possível responsabilizá-lo pela própria medicação.
2	Intermediária	Aceita sua medicação após orientação e abordagem; apresenta sintomas de efeitos colaterais e indesejáveis da medicação; desconhece os medicamentos que usa, bem como seus efeitos; demonstra certa insatisfação ou medo dos medicamentos;
3	Plena	Faz tentativas de esconder sua medicação; recusa os medicamentos; necessita de medicações injetáveis; solicita medicamentos a todo o momento.
9. Eliminações		
1	Discreta	As eliminações estão presentes; tem controle esfinteriano.
2	Intermediária	Suas eliminações não são diárias ou são excessivas; tem controle esfinteriano; apresenta obstipação ou eliminações intestinais líquidas; apresenta incontinência urinária decorrente do uso de medicações.
3	Plena	Não tem controle esfinteriano; faz uso inadequado do sanitário.
10. Sinais Vitais e outros Controles		
1	Discreta	Necessita de verificação sistematizada.
2	Intermediária	Necessita de verificações de acordo com a evolução clínica, sintomatológica ou queixas.
3	Plena	Necessita de controle de sinais vitais, hídrico, de débito urinário, glicemia, ou outros, várias vezes ao dia; apresenta disfunções clínicas não psiquiátricas (HAS; Diabetes Mellitus; outras).
11. Queixas e Problemas Somáticos		
1	Discreta	Nega queixas somáticas.
2	Intermediária	Refere queixas relativas ao tratamento medicamentoso, de sinais e sintomas crônicos ou outras.
3	Plena	Refere queixas de sintomas agudos de disfunções fisiológicas ou clínicas; apresenta sinais e sintomas de patologias clínicas.
Total ____ pontos		Classificação - Nível de dependência Pontuação: Nível de dependência 11 a 18 Grau de Dependência Discreta 19 a 26 Grau de Dependência Intermediária 27 a 33 Grau de Dependência Plena
Diagnóstico de Enfermagem:		
Diagnóstico Clínico:		
Encaminhamentos:		
Prescrição de Enfermagem:		
Data / / Enfermeiro:		

6-4 Protocolo de Contenção

Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde
CAPS LAPA ADULTO
SAE - PROTOCOLO DE CONTENÇÃO MECÂNICA

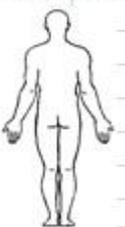
NOME: _____ **PRONTUÁRIO:** _____
DATA: ___/___/___ - **HORA DO INÍCIO DA CONTENÇÃO:** _____ - **FIM: DATA:** ___/___/___ **HORA:** _____

PROCEDIMENTOS DA CONTENÇÃO

Responsável médico pela contenção (assinatura e carimbo) _____ Enfermeiro responsável pela contenção (assinatura e carimbo) _____

Evolução de enfermagem no momento da contenção:

Lesões prévias observadas no momento da contenção:

Página 1

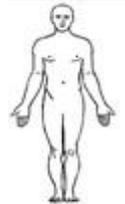
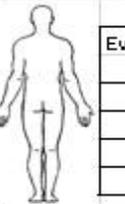
REAVLIAÇÃO DA CONTENÇÃO (2/2 horas)

DATA	HORA	PROFISSIONAL	OBSERVAÇÃO
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			
___/___/___			

DESCONTEENÇÃO

Responsável médico pela desconteenção (assinatura e carimbo) _____ Enfermeiro responsável pela desconteenção (assinatura e carimbo) _____

Lesões observadas após contenção:

Evolução de enfermagem após contenção:

6-5 Manual de Enfermagem

MANUAL DE ENFERMAGEM - CAPS LAPA ADULTO

Manual de Enfermagem

PARA USO EM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NÍVEL II
DEZEMBRO 2013 - OITAVA EDIÇÃO



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
CAPS LAPA ADULTO
RUA ROMA 446, LAPA - SÃO PAULO
REVISÃO: ENFERMEIRO PAULO CESAR DA SILVA - CORENSP: 68774

6-6 Regimento de Enfermagem - Produzido e revisado conjuntamente com as Enfermeiras RT das unidades de saúde da Supervisão Centro/Oeste do Município de São Paulo, 2013

Regimento Interno do Serviço de Enfermagem

Centros de Atenção Psicossocial



Prefeitura do Município de São Paulo
2013

6-7 Protocolo de Dispensação de Medicamentos



*Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde
CAPS LAPA II ADULTO – Lapa
Rua Roma, 446 – Lapa
Telefone 36755648*

Protocolo de exceções, para dispensação de medicamentos

De acordo com parecer do Conselho de Enfermagem de São Paulo, serão dispensados medicamentos no setor de enfermagem, a pacientes que devido à própria psicopatologia, necessitam da interferência direta do profissional de enfermagem. Neste envolvimento direto com o paciente, a enfermagem participa também da promoção à adesão ao tratamento, vinculação afetiva, auto-responsabilização e inserção social do usuário.

Situações que poderão implicar na escolha do projeto terapêutico singular.

- 1) Dificuldade de entendimento da prescrição pelo usuário, necessitando de permanente acompanhamento e orientação de toda a equipe, inclusive dos profissionais de enfermagem que possuem a formação adequada para isto.
- 2) Usuários resistentes ou inconstantes no uso da medicação.
- 3) Usuários que não possuem suporte adequado na disciplina do tratamento medicamentoso.
 - a) Usuários em situação de rua.
 - b) Ausência ou dificuldade dos familiares em se co-responsabilizarem pelo tratamento.
 - c) Usuários que não possam vir ao CAPS, por razões alheias a sua vontade, por tempo especificamente determinado, ex: consultas e exames, viagens de curta duração, etc.
 - d) Períodos curtos, por exemplo: finais de semana e feriados.

São Paulo, 18 de dezembro de 2013
