







CONSTRUÇÃO DE UM SABER COLETIVO PARA IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ESPECIALIZADO

DEVELOPMENT OF A COLLECTIVE KNOWLEDGE FOR IMPLEMENTATION OF THE NURSING PROCESS IN A SPECIALIZED PSYCHIATRIC HOSPITAL

CONSTRUCCIÓN DE CONOCIMIENTO COLECTIVO PARA LA APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL PSIQUIÁTRICO ESPECIALIZADO

 Mario Sergio Bruggmann¹
 Ana Izabel Jatobá Souza¹
 Eliani Costa²
 Dulcineia Ghizoni Schneider¹
 Eudineia Luz Schmitz¹
 Maiara Suelen Mazera¹

¹ Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC – Brasil.

² UFSC, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC – Brasil; Faculdade de Santa Catarina – FASC, Departamento de Enfermagem. São José, SC – Brasil.

Autor Correspondente: Maiara Suelen Mazera
E-mail: maiaramazera@gmail.com

Contribuições dos autores:

Coleta de Dados: Mario S. Bruggmann, Ana I. J. Souza;
Conceitualização: Mario S. Bruggmann, Ana I. J. Souza;
Gerenciamento do Projeto: Mario S. Bruggmann, Ana I. J. Souza; **Investigação:** Mario S. Bruggmann, Ana I. J. Souza; **Metodologia:** Mario S. Bruggmann, Ana I. J. Souza; **Redação - Preparação do Original:** Mario S. Bruggmann, Ana I. J. Souza, Eliani Costa, Dulcineia G. Schneider, Eudineia L. Schmitz; **Redação - Revisão e Edição:** Mario S. Bruggmann, Ana I. J. Souza, Eliani Costa, Dulcineia G. Schneider, Eudineia L. Schmitz, Maiara S. Mazera; **Supervisão:** Mario S. Bruggmann, Ana I. J. Souza, Eliani Costa, Dulcineia G. Schneider, Eudineia L. Schmitz, Maiara S. Mazera; **Validação:** Mario S. Bruggmann, Ana I. J. Souza, Eliani Costa, Dulcineia G. Schneider, Eudineia L. Schmitz, Maiara S. Mazera; **Visualização:** Mario S. Bruggmann, Ana I. J. Souza, Eliani Costa, Dulcineia G. Schneider, Eudineia L. Schmitz, Maiara S. Mazera.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 29/04/2019

Approved em: 20/08/2019

RESUMO

Objetivo: construir um saber coletivo para implantação do processo de Enfermagem em um hospital psiquiátrico especializado. **Método:** pesquisa qualitativa na modalidade pesquisa-ação, desenvolvida em um hospital psiquiátrico especializado de referência em Santa Catarina, Brasil, com a participação de 18 enfermeiros. A coleta de dados foi realizada em junho de 2014, por meio de um questionário semiestruturado e oficinas. **Resultados:** foram construídos e implantados em prontuário eletrônico do paciente: histórico, diagnósticos, intervenções e avaliação de Enfermagem, pautados na Resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, tendo como suporte teórico a teoria da relação pessoa-pessoa de Joyce Travelbee. **Conclusão:** o rigor científico aliado à prática assistencial dos enfermeiros viabilizou a construção coletiva e implantação do processo de Enfermagem no prontuário eletrônico do paciente. Destaca-se o papel transformador dos enfermeiros para a implementação dessa tecnologia assistencial na instituição em prol de uma assistência segura e qualificada, apoiada pelos aspectos éticos, técnicos e legais da profissão.

Palavras-chave: Processo de Enfermagem; Cuidado de Enfermagem; Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

Objective: to develop a collective knowledge for the implementation of the nursing process in a specialized psychiatric hospital. **Method:** qualitative research in the action research modality, developed in a referral specialized psychiatric hospital in Santa Catarina, Brazil, with the participation of 18 nurses. Data collection was performed in June 2014 through a semi-structured questionnaire and workshops. **Results:** were elaborated and implanted in the patient's electronic medical record: history, diagnoses, interventions and nursing evaluation, based on Resolution N° 358/2009 of the Conselho Federal de Enfermagem, having as theoretical support the theory of person-person relationship of Joyce Travelbee. **Conclusion:** the scientific rigor allied to the nurses' care practice enabled the collective elaboration and implementation of the nursing process in the patient's electronic medical record. It highlights the innovative role of nurses for the implementation of this assistive technology in the institution in favor of safe and qualified care, supported by the ethical, technical and legal aspects of the profession.

Keywords: Nursing Process; Nursing Care; Mental Health; Psychiatric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: construir conocimiento colectivo para la implementación del proceso de enfermería en un hospital psiquiátrico especializado. **Método:** investigación cualitativa en la modalidad de investigación de acción, desarrollada en un hospital psiquiátrico especializado de referencia de Santa Catarina, Brasil, con la participación de 18 enfermeros. La recogida de datos se realizó en junio de 2014 a través de un cuestionario semiestructurado y de talleres. **Resultados:** fueron construidos y colocados en la historia clínica electrónica del paciente: historial,

Como citar este artigo:

Bruggmann MS, Souza AIJ, Costa E, Schneider DG, Schmitz EL, Mazera MS. Construção de um saber coletivo para implantação do processo de Enfermagem em um hospital psiquiátrico especializado. REME – Rev Min Enferm. 2019[citado em _____. _____. ____];23:e-1270. Disponível em: _____. DOI: 10.5935/1415-2762.20190118

diagnósticos, intervenciones y evaluación de enfermería, en base a la Resolución No. 358/2009 del Consejo Federal de Enfermería, teniendo como soporte teórico la teoría de la relación persona-persona de Joyce Travelbee. Conclusión: el rigor científico aunado a la práctica de atención de enfermería permitió la construcción e implementación colectiva del proceso de enfermería en la historia clínica electrónica del paciente. Destacamos el papel transformador de los enfermeros para la implementación de esta tecnología asistencial en la institución a favor de una atención segura y calificada, respaldada por los aspectos éticos, técnicos y legales de la profesión.

Palabras clave: Proceso de Enfermería; Atención de Enfermería; Salud Mental; Enfermería Psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

O Processo de Enfermagem (PE) pode ser representado como o elemento central da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), sendo descrito pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) como uma ferramenta metodológica que organiza a assistência de Enfermagem, potencializando a expressão dos registros do enfermeiro.¹ Nesse sentido, a organização e o direcionamento do processo de trabalho da Enfermagem, proporcionado pela implementação dessa tecnologia assistencial, torna-se fundamental para a realização de uma assistência segura, organizada e qualificada.²

Nessa perspectiva, o PE se apresenta como uma metodologia que orienta as atividades do enfermeiro para a gestão do cuidado, possibilitando assistência integral ao ser humano individual e coletivo, pautado em bases técnicas, éticas, legais e científicas.

É relevante destacar que as noções que embasam o PE ocorrem desde o período de Florence Nightingale, quando a Enfermagem iniciou o desenvolvimento de suas atividades apoiadas em critérios científicos. Nessa proporção, “as técnicas de Enfermagem” caracterizaram o primeiro movimento para um “saber sistematizado” da profissão, particularmente apoiado pela cientificidade e pelas teorias de Enfermagem e, mais recentemente, pelas “classificações diagnósticas”.^{3,37}

Na literatura americana, o PE foi desenvolvido entre 1950 e 1960, surgindo mediante a necessidade de orientar as ações de Enfermagem com base no método científico.⁴ Nesse sentido, a diligência global de garantir uma assistência de Enfermagem mais qualificada fomentou o desenvolvimento do PE no cenário brasileiro, sendo representado inicialmente por Wanda de Aguiar Horta, em 1970. Horta descreveu o PE como a sistematização de etapas dinâmicas e articuladas, estruturada em seis momentos: histórico de Enfermagem, diagnóstico de Enfermagem, plano assistencial, prescrição de Enfermagem, evolução de Enfermagem e prognóstico de Enfermagem.⁵

No sentido de amparar técnica, ética e legalmente a assistência de Enfermagem sob uma perspectiva científica, foi publicada pelo COFEN a Resolução nº 358/2009¹, que dispõe sobre a implantação

da SAE em ambientes públicos ou privados. Essa Resolução também reforça a necessidade de o PE estar fundamentado em um suporte teórico que oriente sua realização.

Para atribuir à profissão um respaldo técnico e científico, que represente mais visibilidade e entendimento do PE entre os enfermeiros brasileiros, é considerável descrevê-lo como um representativo recurso da cientificidade da Enfermagem e elemento medular da SAE, que viabiliza um trabalho criterioso da profissão⁶, permitindo que as necessidades dos pacientes sejam atendidas de forma particular, o que pode ampliar a qualidade do cuidado, bem como melhorar a visibilidade, a valorização e o reconhecimento profissional.⁴

Ao se discutir sobre a assistência de Enfermagem às pessoas com transtornos mentais ao longo dos tempos, considera-se destacar o modo desarticulado de como ela era realizada, suscitando, assim, expressivas reflexões sobre essas práticas na atualidade. A assistência à saúde dessas pessoas era desenvolvida exclusivamente no modelo centrado no hospital, que se transformou em locais de repressão e isolamento social. A partir dessa realidade, foram necessárias reflexões sobre novas proposições políticas de atenção à saúde mental, com novos espaços e modelos assistenciais humanizados, para que as pessoas com transtornos mentais pudessem exercer sua condição de cidadão.⁷

A década de 1970 se apresenta como marco histórico dos movimentos que questionavam a assistência em saúde mental no cenário brasileiro, indicando a necessidade de discussões sobre a urgência de políticas públicas referentes a esse campo de atuação no Brasil. Tais movimentos surgiram a partir de denúncias sobre o descaso e violência às pessoas com transtornos mentais, ganhando mais força quando se certificou da realização de cuidados desarticulados nos hospitais psiquiátricos, institucionalizando essa população. Esse modelo de assistência fomentou consideráveis críticas ao saber psiquiátrico instituído na época, o que, por sua vez, propiciou um cenário de mudanças ao modelo vigente.⁷

O movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira teve sua origem a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, onde foram discutidos os elementos para elaboração do Sistema Único de Saúde (SUS), viabilizando em 1987 a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM). Em 1991, foi normatizada a Política Nacional de Saúde Mental (Portarias nº 189/91 e nº 224/92) e em 7 de agosto de 1992, no estado do Rio Grande do Sul, foi aprovada a Lei 9.716, que delineou a urgência de uma assistência integral às pessoas com transtornos mentais.⁸

Paralelo ao movimento supracitado, o estado de Santa Catarina acompanhou o processo de transição da assistência psiquiátrica, sendo que em 1996 foram criados um hospital psiquiátrico especializado e um centro de convivência, a partir do fechamento do antigo Hospital Colônia Santana. Nesse contexto, a prática de Enfermagem desse hospital psiquiátrico

especializado tem sido lapidada ao longo dos anos, de modo que os profissionais empregam cientificidade e tecnologias em sua prática assistencial, assegurando um cuidado seguro e qualificado às pessoas com transtornos mentais, promovendo, assim, profundas mudanças em seus paradigmas assistenciais.⁹

Outro marco histórico no contexto da saúde mental no Brasil foi a aprovação da Lei Federal nº 10.216, que estabeleceu ao governo federal a responsabilidade de construir políticas públicas em defesa da autonomia e do direito das pessoas com transtornos mentais.⁸ Nesse movimento evolutivo da assistência psiquiátrica, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011,¹⁰ como parte da rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando construir, ampliar e articular todos os pontos de atenção da rede às pessoas com transtornos mentais e àquelas com necessidades consequentes ao uso de substâncias psicoativas.

Em 2017, um novo arranjo da RAPS foi proposto pela Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017¹¹ e Portaria nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017,¹² sendo que, atualmente, a rede integra a atenção básica, consultórios de rua, centros de convivência, unidades de acolhimento (adulto e infantojuvenil), serviços residenciais terapêuticos (SRT) I e II, hospital-dia, unidades de referência especializadas em hospitais gerais, centros de atenção psicossocial (CAPS) nas suas diferentes modalidades (CAPS I, II e III, CAPSi, CAPSad, CAPSad III e IV), hospitais psiquiátricos especializados e ambulatórios de saúde mental.

Diante da transformação da assistência de Enfermagem na instituição estudada em prol de novos saberes, os enfermeiros buscam aliar cientificidade à sua prática assistencial, apropriando-se de um poder advindo de um saber, discorrendo sobre o PE como uma nova verdade vigente. Nesse contexto, o presente estudo apoiou suas discussões na perspectiva de saber/poder e verdade proposta pelo filósofo francês Michel Foucault,¹³ que desenvolveu epistemologicamente a compreensão de que as relações de poder determinam a produção de saberes e verdades.

Com base na historicidade da assistência de Enfermagem desenvolvida na instituição estudada, considera-se ressaltar que os enfermeiros buscam, paulatinamente, desenvolver um arsenal científico para a produção de conhecimentos sobre um cuidado seguro e qualificado às pessoas com transtornos mentais. Entretanto, evidencia-se a inexistência de uma metodologia sistematizada para a prática assistencial desses profissionais. Além disso, destaca-se que na literatura existe uma lacuna de conhecimento sobre a implantação do PE a pessoas com transtornos mentais, justificando-se, assim, a realização deste estudo.

Fazendo alusão à referência supracitada, apresenta-se a questão norteadora do estudo: como construir um saber coletivo para a implantação do PE em um hospital psiquiátrico especializado?

Desse modo, salienta-se que o objetivo do estudo foi construir um saber coletivo para a implantação do processo de Enfermagem em um hospital psiquiátrico especializado, tencionando qualificar a assistência de Enfermagem às pessoas com transtornos mentais, além de estar amparado sob a perspectiva ética, técnica e legal pelo COFEN.

MÉTODO

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa na modalidade de pesquisa-ação, que constitui um “tipo de pesquisa social com base empírica”, estruturada, desenvolvida e relacionada à “resolução de um problema coletivo”, no qual os “pesquisadores e participantes da situação” estão inseridos “de modo colaborativo”. A pesquisa-ação tem por finalidade possibilitar aos envolvidos na pesquisa meios para conseguirem responder com mais efetividade aos problemas que vivenciam, vislumbrando uma ação transformadora.^{14:16-17}

O estudo foi elaborado como dissertação de mestrado do curso de pós-graduação em Enfermagem do Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC),¹⁵ sendo desenvolvido em um hospital psiquiátrico especializado de referência em Santa Catarina, orientado para o ensino, pesquisa e extensão, administrado pela Secretaria do Estado da Saúde (SES-SC). Essa instituição contempla uma unidade para Triagem e admissão, quatro unidades de internação psiquiátrica com 40 leitos cada e uma unidade de clínica médica destinada às pessoas internadas que necessitam de suporte clínico. Além disso, o hospital compreende um centro de convivência que acomoda pessoas com transtornos mentais, remanescentes do antigo Hospital Colônia Santana, e que conserva a mesma planta física da sua antiga construção.

Participaram desta pesquisa 18 enfermeiros, selecionados intencionalmente, sendo utilizados como critério de inclusão: ser enfermeiro do hospital psiquiátrico especializado em estudo, independentemente do tempo de formação. Como critério de exclusão, foi estabelecido: estar de férias ou licença no período da coleta de dados. Dos participantes, 16 eram do sexo feminino e dois do sexo masculino; 10 dos participantes trabalham há mais de 20 anos no hospital, seis trabalham entre um e cinco anos e dois desenvolvem suas atividades entre cinco e 10 anos; e 15 possuem especialização e três são mestres.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina sob o registro CAAE: 26221014.6.0000.0121, pelo parecer substanciado nº 538.888, além do consentimento formal da instituição participante para a coleta de dados. Previamente à coleta de dados, os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo, bem como acerca das técnicas de coleta adotadas, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir anonimato, os

nomes dos participantes 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 no mês de junho de 2014 e aconteceu em duas etapas: a primeira foi a aplicação de um questionário semiestruturado e a segunda contemplou o desenvolvimento de quatro oficinas com os enfermeiros, que foram planejadas a partir dos temas emergentes extraídos dos questionários, os quais ressaltaram as temáticas SAE e PE. Durante as oficinas, foi definida a teoria da relação pessoa-pessoa de Joyce Travelbee¹⁶ como suporte teórico do PE, pela sua aderência à filosofia de cuidado à pessoa com transtorno mental, que se constrói e se fortalece a partir das relações de vínculo entre enfermeiro e paciente. Nas oficinas também foram construídos os seguintes instrumentos: histórico, diagnósticos e intervenções de Enfermagem. Os dados originados dessas oficinas foram registrados em um diário de campo pelo pesquisador.

Para a análise de dados, foi utilizada a análise de conteúdo proposta por Bardin¹⁷, que define essa técnica como um método para descrever e interpretar as mensagens emergentes dos instrumentos de coleta de dados, atingindo a compreensão de seus significados e permitindo a inferência de conhecimento. Os dados foram categorizados com base nas abordagens de Michel Foucault¹³ sobre saber/poder e verdade, estabelecendo-se as relações de poder dos enfermeiros para construção do novo saber coletivo relacionado ao PE.

RESULTADOS

O saber construído coletivamente pelos participantes do estudo para implantação do PE na instituição seguiu as prerrogativas éticas, técnicas e legais preconizadas pela Resolução 358/09 do COFEN¹, que foi apresentada pelo pesquisador na primeira oficina.

Na primeira oficina também foram discutidos pelos participantes pressupostos da teoria da relação pessoa-pessoa de Travelbee, destacando sua aderência à perspectiva filosófica do cuidado de Enfermagem à pessoa com transtorno mental, considerando-se vivência da autora na Enfermagem Psiquiátrica. Entre os pressupostos levantados, destacou-se a relação pessoa-pessoa em essência, cujo foco é crucial ao desenvolvimento do cuidado profissional de Enfermagem. Também foram mencionados elementos como a natureza dos transtornos mentais, a unicidade das pessoas e as experiências humanas na subjetividade dos sofrimentos mentais.

Com base na relação pessoa-pessoa para promoção do vínculo entre enfermeiro e paciente, elemento central da teoria de Travelbee, amplamente difundido no campo da saúde mental, os participantes do estudo reconhecem que

esse suporte teórico constitui o eixo medular para sustentar a implantação do PE na instituição, 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).

Oferece à Enfermagem estrutura e organização ao conhecimento, proporcionando um meio sistemático de coleta de dados. 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).

No decorrer da primeira oficina, que foi planejada e orientada a partir dos temas emergentes dos questionários, os participantes enfatizaram as etapas do PE já desenvolvidas em sua formação profissional e prática assistencial, sem fazer menção ao suporte teórico adotado (Tabela 1).

Tabela 1 - Etapas do PE desenvolvidas pelos participantes em sua prática assistencial, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2015

	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
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: Bruggmann, 2015.¹⁵

Conforme os conteúdos obtidos dos questionários, os participantes caracterizaram o PE como um método técnico, científico e sistematizado, utilizado pelos enfermeiros para planejar a assistência de Enfermagem e avaliar os resultados esperados, conforme os relatos a seguir:

É um método científico que eleva a qualidade da assistência de Enfermagem (E1).

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

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

ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença [...] (E6).

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

Na segunda oficina foi construído coletivamente pelos enfermeiros, um instrumento de coleta de dados, o qual se configurou no histórico de Enfermagem. Essa ferramenta foi amplamente discutida pelos profissionais e considerou elementos da teoria de Travelbee sobre a relação pessoa-pessoa, exame do estado mental e exame físico, de modo a possibilitar ao enfermeiro uma visão integral do ser humano. Na Tabela 2 é apresentado o histórico de Enfermagem elaborado pelos participantes do estudo.

Tabela 2 - Histórico de Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2015

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM							
Data: ____/____/____			Unidade: _____				
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"/> Normopreséxico	<input type="checkbox"/> Hiperpreséxico	<input type="checkbox"/> Hipopreséxico	<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/grandezas/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"/> Prolixidade	<input type="checkbox"/> Neologismo	<input type="checkbox"/> Disfemia	<input type="checkbox"/> Coprolalia				<input type="checkbox"/> Logorreia
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							

Continua...

... continuação

Tabela 2 - Histórico de Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2015

FUNÇÕES PSÍQUICAS						
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"/> Distonia					
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"/> Cannabis	<input type="checkbox"/> Cocaína	<input type="checkbox"/> Crack	<input type="checkbox"/> Álcool	<input type="checkbox"/> Tabaco	<input type="checkbox"/> LSD	<input type="checkbox"/> Ecstasy
<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						
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não					
3. Medicações 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: Bruggmann, 2015.¹⁵

Após a construção coletiva da primeira etapa do PE, foi sinalizada pelos enfermeiros a necessidade de se desenvolver um protótipo para a seleção de diagnósticos de Enfermagem, considerando sua relevância para a elaboração e seleção de intervenções, objetivando-se alcançar os resultados esperados do PE.

Na terceira oficina foram discutidos pelos participantes aspectos relacionados aos componentes diagnósticos, para resgatar esse saber já experienciado pelos enfermeiros em sua prática assistencial. Os diagnósticos de Enfermagem deste

estudo seguiram a classificação diagnóstica da *North American Nursing Diagnosis Association International*¹⁸ pela maior aproximação dos enfermeiros com essa classificação. Cabe ressaltar que a construção do protótipo para os diagnósticos de Enfermagem foi fundamentada na classificação supracitada, por ela representar a bibliografia atualizada na época.

A seguir, é apresentado na Tabela 3 o instrumento que contempla os diagnósticos de Enfermagem, fatores relacionados e características definidoras selecionadas pelos participantes:

Tabela 3 - Diagnósticos de Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2015

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Data: ____/____/____	Unidade: _____
Nome: _____	Idade: _____
<input type="checkbox"/> Confusão aguda relacionada a: <input type="checkbox"/> abuso de substâncias, <input type="checkbox"/> delírio, evidenciado por: <input type="checkbox"/> agitação aumentada, <input type="checkbox"/> flutuação na cognição.	
<input type="checkbox"/> Manutenção ineficaz da saúde relacionada a: prejuízo cognitivo, evidenciado por: falta demonstrada de conhecimento em relação às práticas básicas de saúde.	
<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada relacionada a: <input type="checkbox"/> baixa autoestima situacional, <input type="checkbox"/> efeitos colaterais relacionados ao tratamento, evidenciados por: <input type="checkbox"/> recusa obstinada a falar, <input type="checkbox"/> verbalizar com dificuldade.	
<input type="checkbox"/> Autonegligência relacionada a: <input type="checkbox"/> prejuízo cognitivo, <input type="checkbox"/> abuso de drogas, evidenciada por: higiene pessoal inadequada.	
<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação relacionado a: <input type="checkbox"/> prejuízo cognitivo, <input type="checkbox"/> ansiedade grave, evidenciada por: incapacidade de ingerir alimentos em quantidade suficiente.	
<input type="checkbox"/> Percepção sensorial prejudicada relacionada a: <input type="checkbox"/> interação sensorial prejudicada, <input type="checkbox"/> estresse psicológico, evidenciado por: <input type="checkbox"/> alucinações, <input type="checkbox"/> mudança no padrão do comportamento.	
<input type="checkbox"/> Risco de distúrbio na identidade pessoal relacionado a: transtornos psiquiátricos.	
<input type="checkbox"/> Controle de impulsos ineficazes relacionados a: <input type="checkbox"/> transtorno de humor, <input type="checkbox"/> abuso de drogas, <input type="checkbox"/> ideias delirantes, evidenciadas por: <input type="checkbox"/> irritabilidade, <input type="checkbox"/> violência.	
<input type="checkbox"/> Risco de violência direcionada a outros , relacionado a: <input type="checkbox"/> sintomatologia psicótica, <input type="checkbox"/> história de comportamento antissocial violento.	
<input type="checkbox"/> Interação social prejudicada relacionada a: <input type="checkbox"/> distúrbio no autoconceito, <input type="checkbox"/> processo de pensamentos perturbados, evidenciado por: interação disfuncional com outras pessoas.	
<input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais relacionados a: <input type="checkbox"/> personalidade que predispõe ao vício, <input type="checkbox"/> história familiar de resistência ao tratamento, evidenciada por: <input type="checkbox"/> incapacidade de lidar com conflitos, <input type="checkbox"/> abuso de drogas.	
<input type="checkbox"/> Baixa autoestima situacional relacionada a: <input type="checkbox"/> fracassos, <input type="checkbox"/> perda, evidenciada por: verbalizações autonegativas.	
<input type="checkbox"/> Desesperança relacionada a: <input type="checkbox"/> isolamento social, <input type="checkbox"/> estresse prolongado, evidenciada por: afeto diminuído.	
<input type="checkbox"/> Insônia relacionada a: <input type="checkbox"/> ansiedade, <input type="checkbox"/> sono interrompido, <input type="checkbox"/> fatores ambientais, <input type="checkbox"/> depressão, <input type="checkbox"/> medo, evidenciado por: relato de insatisfação com o sono (atual).	
<input type="checkbox"/> Ansiedade relacionada a: <input type="checkbox"/> crise situacional, <input type="checkbox"/> abuso de substância, evidenciado por: <input type="checkbox"/> preocupação, <input type="checkbox"/> nervosismo, <input type="checkbox"/> medo de consequências inespecíficas.	
<input type="checkbox"/> Medo relacionado a: estímulo fóbico, evidenciado por: relato de apreensão.	
<input type="checkbox"/> Risco de automutilação relacionado a: <input type="checkbox"/> estado psicótico, <input type="checkbox"/> baixa autoestima, <input type="checkbox"/> abuso de drogas.	
<input type="checkbox"/> Risco de suicídio relacionado a: transtornos psiquiátricos.	
<input type="checkbox"/> Troca de gases prejudicada relacionada a: dispnéia, evidenciada por: desequilíbrio na relação ventilação-perfusão.	
<input type="checkbox"/> Risco de aspiração relacionado a: <input type="checkbox"/> nível de consciência reduzido, <input type="checkbox"/> alimentação por sonda, <input type="checkbox"/> dentição prejudicada.	
<input type="checkbox"/> Dor aguda relacionada a: agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos) evidenciados por: relato verbal de dor.	
<input type="checkbox"/> Risco de infecção relacionado a: <input type="checkbox"/> tecido traumatizado, <input type="checkbox"/> conhecimento deficiente para evitar exposição a patógenos.	
<input type="checkbox"/> Risco de lesão relacionado a: disfunção sensorial.	
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada relacionada a: <input type="checkbox"/> fatores mecânicos, <input type="checkbox"/> extremos de idade, evidenciada por: rompimento das estruturas da pele.	
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente relacionado a: <input type="checkbox"/> falha dos mecanismos reguladores, <input type="checkbox"/> perda ativa do volume de líquidos, evidenciada por: <input type="checkbox"/> diminuição do turgor da pele, <input type="checkbox"/> mucosas secas.	

Continua...

... continuação

Tabela 3 - Diagnósticos de Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2015

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Data: ____/____/____	Unidade: _____
Nome: _____	Idade: _____
<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada relacionada a: <input type="checkbox"/> infecção do trato urinário, <input type="checkbox"/> múltiplas causas, evidenciadas por: <input type="checkbox"/> disúria, <input type="checkbox"/> incontinência.	
<input type="checkbox"/> Diarreia relacionada a: <input type="checkbox"/> ansiedade, <input type="checkbox"/> efeitos adversos de medicamentos, <input type="checkbox"/> má absorção, <input type="checkbox"/> contaminação, evidenciada por: <input type="checkbox"/> dor abdominal, <input type="checkbox"/> urgência para evacuar.	
<input type="checkbox"/> Constipação relacionada a: <input type="checkbox"/> mudança nos padrões alimentares, <input type="checkbox"/> uso de medicamentos, evidenciado por: volume de fezes diminuído.	
<input type="checkbox"/> Risco de quedas relacionado a: <input type="checkbox"/> estado mental diminuído, <input type="checkbox"/> agentes ansiolíticos, <input type="checkbox"/> mobilidade física prejudicada.	
Assinatura: _____	

Fonte: Bruggmann, 2015.¹⁵

Na quarta oficina foi discutida a etapa de planejamento, intervenção e avaliação de Enfermagem. Para a etapa de planejamento, foi destacada pelos participantes do estudo a relevância de o enfermeiro conhecer amplamente os aspectos subjetivos e objetivos coletados no histórico e a definição diagnóstica de Enfermagem.

É válido ressaltar que os participantes construíram uma prescrição de Enfermagem com intervenções padrão, porém flexível e passível de alterações, mediante avaliação do enfermeiro. Na Tabela 4 serão apresentadas as intervenções de Enfermagem levantadas pelos participantes do estudo:

Tabela 4 - Intervenções de Enfermagem elaboradas pelos participantes do estudo. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2015

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Comunicar rebaixamento de nível de consciência
Verificar sinais vitais ()x/dia
Estimular/Auxiliar/Supervisionar ingesta hídrica e alimentar
Registrar aceitação da dieta
Atentar para risco de broncoaspiração
Comunicar/Registrar/Supervisionar ingesta medicamentosa
Comunicar/Registrar sinais e sintomas de intoxicação medicamentosa
Atentar/Registrar Riscos de Queda
Orientar/Supervisionar/Auxiliar/Realizar banho de () aspersão
Realizar banho no () leito
Orientar/Supervisionar/Auxiliar/Realizar higiene oral 5x/dia
Comunicar/Registrar alterações no padrão do comportamento
Comunicar alterações do pensamento, humor e/ou sensopercepção
Atentar para o risco de heteroagressão
Comunicar/Registrar ideação suicida
Intensificar vigilância para risco de suicídio
Comunicar/Registrar sinais de agitação psicomotora
Comunicar/Registrar sinais, sintomas e grau de ansiedade

Continua...

... continuação

Tabela 4 - Intervenções de Enfermagem elaboradas pelos participantes do estudo. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 2015

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Comunicar/Registrar padrão do sono
Comunicar/Registrar queixas de dor ou desconforto
Manter cuidado com contenção mecânica
Comunicar/Registrar alterações em pele e mucosas
Registrar características das eliminações vesicais e intestinais
Realizar rodízio para injeção intramuscular conforme tabela
Realizar massagem de conforto/mudança de decúbito conforme tabela
Estimular participação em grupos terapêuticos e operativos

Fonte: Bruggmann, 2015.¹⁵

No último momento dessa oficina, foi estabelecido pelos enfermeiros que, na etapa de avaliação de Enfermagem, os registros em prontuário do paciente seriam agrupados e seus dados organizados em quatro aspectos: subjetivos, objetivos, avaliação e plano assistencial. Tal método de registro de dados foi deliberado pelos participantes, por sua maior aproximação com o modelo, fomentando, assim, registros mais organizados e sistematizados.

O resultado deste estudo totalizou a construção de um saber coletivo com base no saber/poder e verdade dos enfermeiros, que foi a elaboração de instrumentos referentes às etapas do PE. Essa metodologia foi implantada em sua completude na instituição estudada, a partir de um *software* de prontuário eletrônico do paciente adotado pela Secretaria do Estado da Saúde, atendendo aos objetivos do estudo.

DISCUSSÃO

Um momento significativo durante o itinerário de construção e implantação do PE é a definição de um suporte teórico que tenha aderência à filosofia institucional e ao perfil da população atendida. No presente estudo, a teoria da

relação pessoa-pessoa de Joyce Travelbee¹⁶ foi definida pelos enfermeiros para sustentar o PE na instituição, por considerar as questões descritas anteriormente e por ponderar as relações de vínculo entre profissional e paciente. Desse modo, destaca-se que a deliberação do suporte teórico supracitado estruturou a base para a construção desse saber coletivo e implantação do PE na instituição.

Em sua trajetória, Travelbee desenvolveu suas atividades como enfermeira psiquiatra sinalizando elementos centrais e fecundos para a promoção do vínculo entre o enfermeiro e a pessoa por ele assistida. Entre os elementos potencializadores à relação terapêutica discutidos por Travelbee, estão a capacidade para amar, para enfrentar a realidade e para encontrar um sentido na vida, que substancialmente devem ser abordados pelo enfermeiro de saúde mental.¹⁶ Nessa dimensão, justifica-se a escolha desse suporte teórico, considerando-se a subjetividade da avaliação do exame do estado mental descrita na etapa de coleta de dados e seus impactos no planejamento da assistência de Enfermagem.

Para corroborar a concepção ora descrita, considera-se o fato de a Resolução COFEN N° 358/09¹ determinar, em seu art. 3º, que o PE deve estar apoiado em um suporte teórico que oriente a coleta de dados e demais etapas dessa metodologia.

Em referência ao PE como método científico, reconhecido pelos participantes, salienta-se que essa tecnologia assistencial pode ser representada como o processo de trabalho dos enfermeiros no tocante à gestão do cuidado, por estar apoiado em etapas inter-relacionadas e em um suporte teórico.⁶ Fazendo alusão ao PE como processo de trabalho sistematizado do enfermeiro, é considerável salientar que ele pode suscitar atividades intelectuais, críticas e reflexivas do enfermeiro que o desenvolve. Assim, esses profissionais poderão questionar suas próprias atitudes e trabalhar para a construção de uma assistência apoiada em conhecimentos científicos.¹⁹

De acordo com o saber construído coletivamente pelos enfermeiros no histórico de Enfermagem apresentado na Tabela 2, destaca-se que ele lista amplamente informações objetivas e subjetivas do estado de saúde do paciente, a partir do exame físico e exame do estado mental. De acordo com a Resolução 358/09 do COFEN¹, o histórico de Enfermagem é um “processo deliberado, sistemático e contínuo”, realizado pelos enfermeiros com o auxílio de técnicas, objetivando obter informações sobre a “pessoa, família ou coletividade humana” e suas respostas no processo de saúde e doença.

A completude do processo investigativo realizada no histórico de Enfermagem é um ponto expressivo para o desenvolvimento das demais etapas do processo, pois nesse momento os enfermeiros coletam e processam as informações de maneira sistematizada, organizando-as em categorias específicas de conhecimento. Nesse sentido, destaca-se que a coleta de dados é uma ação intelectual do

profissional e uma oportunidade para os enfermeiros estabelecerem uma relação terapêutica com o paciente.²⁰

Os diagnósticos de Enfermagem são descritos pelo COFEN como estratégia de interpretação e agrupamento dos dados coletados no histórico, representando as respostas da pessoa, família ou coletividade humana no processo saúde e doença.¹

No tocante à formulação diagnóstica de Enfermagem, considera-se que o saber científico dessa construção outorga ao enfermeiro a autonomia necessária para o planejamento de uma assistência qualificada, por meio de abordagens integrais.²¹ A utilização de linguagens padronizadas para nomear e classificar os diagnósticos de Enfermagem caracterizam-se como método que busca a unificação, comunicação e informação dos julgamentos dos enfermeiros acerca das respostas humanas aos problemas de saúde. Para que essa linguagem siga um padrão uniformizado, a *North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I)*¹⁸ sugere uma classificação amplamente difundida e internacionalmente reconhecida como fonte de terminologias para os diagnósticos de Enfermagem.

A terminologia dos diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I inclui os títulos diagnósticos para “descrever julgamentos clínicos feitos por enfermeiros”. Assim, sua taxonomia pode ser caracterizada por “uma ordenação sistemática de fenômenos/julgamentos clínicos, que define os conhecimentos da disciplina de Enfermagem”. A NANDA-I ainda classifica os diagnósticos de Enfermagem em três categorias: com foco no problema, de promoção da saúde e de risco. Entretanto, nas categorias com foco no problema e de risco, pode ser encontrado, ainda, o uso de síndromes.^{20:138}

Durante a explanação sobre os diagnósticos de Enfermagem nas oficinas, foi identificado que a maioria dos enfermeiros conhecia a classificação diagnóstica da NANDA-I, apesar de não dominar totalmente a temática. Os diagnósticos de Enfermagem levantados pelos participantes, em sua maioria, estão associados ao campo da saúde mental, articulados à subjetividade do exame do estado mental e às premissas essenciais da relação pessoa-pessoa. Entretanto, alguns diagnósticos fazem menção ao exame físico, considerando os potenciais riscos de intercorrências clínicas, conferindo, assim, uma avaliação integral do paciente.

O planejamento das ações de Enfermagem é apresentado pelo COFEN¹ como o ensejo para a definição dos resultados esperados e implementação das intervenções realizadas frente à resposta humana no processo de saúde e doença. A partir desse ponto, as intervenções de Enfermagem foram construídas de modo articulado com as etapas anteriores do PE, também voltadas para uma perspectiva global das necessidades do paciente.

As intervenções de Enfermagem em saúde mental são orientadas para uma linha de cuidado e construídas a partir

do vínculo estabelecido entre o enfermeiro e o paciente. As intervenções abordadas na Tabela 4 traduzem, particularmente, a base do planejamento da assistência de Enfermagem à pessoa com transtorno mental, de modo a contemplar os todos os aspectos físicos e psíquicos.

A etapa de implementação é firmada pelo COFEN¹ como a realização das intervenções determinadas na etapa do planejamento, consistindo fundamentalmente em aplicar as intervenções que foram elaboradas na prescrição de Enfermagem.

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, nessa etapa serão investigadas as consequências das intervenções de Enfermagem, considerando os resultados esperados e os alcançados. Nesse momento avalia-se também a “necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do PE”.¹³

O método de registro de dados em prontuário eletrônico do paciente, por sua vez, foi originado a partir do saber dos enfermeiros sobre a segurança, sigilo, qualidade e organização das informações, estando diretamente relacionados à evolução do quadro físico e psíquico do paciente. Os enfermeiros fazem evolução e anotação de Enfermagem, enquanto os técnicos fazem somente esta última, conforme estabelecido pelo COFEN.¹

Durante todo o processo de construção de um saber coletivo dos enfermeiros para implantação do PE na instituição, as relações foucaultianas de saber/poder e verdade se relacionaram particularmente ao discurso dos participantes. Desse modo, ressalta-se que o poder dos enfermeiros modificou a assistência de Enfermagem, desconstruiu paradigmas e validou novos saberes e verdades, que emergiram dos profissionais envolvidos no estudo. Também é considerável sinalizar que o saber expresso pelos enfermeiros manteve-se centrado em uma concepção que valoriza o direito da pessoa a uma assistência de Enfermagem segura, ética e comprometida.¹³

Mesmo percebendo que o novo saber pode trazer consigo alguma forma de resistência, é expressivo destacar que, para se desconstruir um paradigma vigente, é necessário que os protagonistas dessa mudança estejam empoderados de saber/poder e verdade.¹³ O poder dos enfermeiros concebeu, neste caso, uma nova verdade vigente, representada pela construção coletiva e implantação do PE na instituição. Vale ressaltar, ainda, que os instrumentos apresentados anteriormente foram implantados no prontuário eletrônico do paciente, conferindo mais segurança dos registros, além de servir de fonte mais acessível para pesquisas posteriores.

Como limitações da pesquisa, ressalta-se ausência de estudos sobre implantação do PE em serviços de saúde mental. Entretanto, construir, implementar e avaliar instrumentos sobre

as etapas do PE nesse campo de atuação é uma necessidade premente, que possibilitará mais aderência entre a teoria e a prática assistencial de Enfermagem.

As contribuições do estudo estão centradas em diferentes aspectos, destacando-se a promoção de uma assistência de Enfermagem qualificada, segura e apoiada em preceitos éticos, técnicos e legais da profissão; valorização e reconhecimento profissional do enfermeiro como protagonista de suas ações; apresentação de um modelo de PE em um serviço de saúde mental; ampliação do conhecimento na para a área de Enfermagem e saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta pesquisa evidenciou que o conhecimento científico dos enfermeiros associado à sua prática assistencial em um hospital psiquiátrico especializado oportunizou a construção de um saber coletivo e implantação do PE na instituição, respondendo ao objetivo do estudo.

Considera-se enfatizar que a percepção dos enfermeiros sobre a implantação do PE na instituição, apoiado nas prerrogativas da Resolução 358/2009 do COFEN, firmou-se como um momento para a produção de saberes que qualificam a assistência e conferem visibilidade a esses profissionais no cenário científico e social.

No tocante ao suporte teórico da relação pessoa-pessoa que sustenta o PE implantado na instituição, é significativo salientar que ele articula a concepção de vínculo entre profissional e paciente, fortalecendo as bases para a implementação integral da assistência. Diante desse conceito, o desenrolar das etapas do PE se estendem de modo profícuo e garantem assistência mais bem fundamentada à pessoa com transtorno mental.

Vale destacar que a interlocução dos saberes dos enfermeiros favoreceu a construção e implantação do PE como uma nova verdade vigente na instituição, reflexionando-se sobre a possibilidade de novos estudos para qualificar ainda mais o seu fazer.

REFERÊNCIAS

1. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 358 de 15 de outubro de 2009. Brasília: COFEN; 2009[citado em 2019 abr. 18]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
2. Oliveira CM, Carvalho DV, Peixoto ERM, Camelo LV, Salviano MEM. Nursing staff's perception on the implementation of a nursing process at a University hospital unit. REME – Rev Min Enferm. 2012[citado em 2019 abr. 20];16(2):258-63. Disponível em: <http://www.reme.org.br/content/imagebank/pdf/v16n2a15.pdf>
3. Argenta MI. Congruência entre o ensino da sistematização da assistência de Enfermagem e o processo de trabalho do enfermeiro [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2011.
4. Ribeiro OMPL, Martins MMFPS, Tronchin DMR, Forte ECN. Aplicação do processo de Enfermagem em hospitais portugueses. Rev Gaúcha Enferm.

- 2018[citado em 2019 abr. 20]; 39:e2017-0174. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0174>
5. Horta W. Processo de Enfermagem. São Paulo (SP): EPU; 1979.
 6. Maria MA, Quadros FAA, Grassi MFO. Sistematização da assistência de Enfermagem em serviços de urgência e emergência: viabilidade de implantação. Rev Bras Enferm. 2012[citado em 2019 abr. 21];65(2):297-303. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200015
 7. Amarante P, Nunes MO. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Ciênc Saúde Colet. 2018[citado em 2019 abr. 21];23(6):2067-74. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
 8. Ministério da Saúde (BR). Legislação em Saúde Mental 1990-2004. 5ª ed. Brasília: MS; 2004[citado em 2019 maio 15]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_Sed.pdf
 9. Borges VT. 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. 2013[citado em 2019 abr. 22];20(4):1531-49. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702013000500006>
 10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS; 2011[citado em 2019 abr. 23]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
 11. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Brasília: MS; 2017[citado em 2019 abr. 23]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html
 12. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: MS; 2017[citado em 2019 abr. 23]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
 13. Foucault M. Microfísica do poder. 23ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2007.
 14. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Cortez; 2008.
 15. Bruggmann MS. Sistematização da assistência de Enfermagem: construção de um saber coletivo para implantação em um hospital psiquiátrico [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2015.
 16. Travelbee J. Intervención en Enfermería Psiquiátrica. Colômbia: Carvajal; 1979.
 17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (PT): 70 edições; 2011.
 18. North American Nursing Diagnosis Association International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2013.
 19. Nascimento LKAS, Medeiros ATN, Saldanha EA, Tourinho FSV, Santos VEP, Lira ALBC. Sistematização da assistência de Enfermagem a pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura. Rev Gaúcha Enferm. 2012[citado em 2019 abr. 23];33(1):177-85. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000100023>
 20. North American Nursing Diagnosis Association International. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020. Porto Alegre: Artmed; 2018.
 21. Souza AS, Valadares GV. Desvelando o saber/fazer sobre os diagnósticos de Enfermagem: experiência vivida em neurocirurgia oncológica. Rev Bras Enferm. 2011[citado em 2019 abr. 23];64(5):890-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a14v64n5.pdf>