

INTRODUÇÃO

O presente trabalho elegeu como objeto de estudo a assistência do enfermeiro ao paciente psiquiátrico durante a consulta de enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) do município de Carmo do Paranaíba, Minas Gerais; tendo como motivo e interesse deste devido a escassez em que se é apresentado o assunto nas literaturas científicas.

Fornazier e Siqueira (2006) na consulta de enfermagem à pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo descreveram e analisaram atividades desenvolvidas pela enfermagem na consulta dirigida a alcoolistas do Programa de Atendimento ao Alcoolista no hospital universitário da Universidade Federal do Espírito Santo.

O estudo foi desenvolvido no referido programa a partir de um levantamento das consultas de enfermagem realizadas com pacientes alcoolistas por um período de onze meses no ano de 2002. A coleta de dados foi realizada por aplicação de um questionário sendo utilizadas a metodologia quantitativa e a metodologia qualitativa.

Os resultados demonstraram que a maioria das consultas realizadas foram em sistema de retorno, a pacientes do sexo masculino, na faixa etária de 40 a 60 anos e apresentavam *grave* dependência alcoólica. Nas orientações para o autocuidado na primeira consulta, priorizou-se a diminuição dos sinais e sintomas da síndrome de abstinência, e nas de seguimento, o alcoolismo como doença e suas complicações.

A consulta de enfermagem no programa tem sido desenvolvida através do atendimento prioritário das necessidades humanas básicas; propiciando condições facilitadoras por meio de uma informação de qualidade e continuada, visando a manutenção da abstinência alcoólica e a reformulação no seu estilo de vida perante a sociedade.

Vilela e Moraes (2008) em seu estudo sobre a prática de enfermagem em serviços abertos de saúde mental identificaram e analisaram a prática das

enfermeiras em Serviços Abertos de Saúde Mental, das Regiões Sul e Sudoeste de Minas Gerais, no ano de 2002. Para tal, utilizou-se a observação participante e a entrevista semi estruturada.

Trabalhou-se com cinco enfermeiros atuantes em dois ambulatórios de saúde mental e dois centros de atenção psicossocial. As enfermeiras promoviam abordagens individuais e assistência diferenciada para cuidados gerais, administração de medicamentos e visitas domiciliares.

As atividades específicas, como atendimento grupal, relação de ajuda, estímulo ao relacionamento interpessoal e comunicação terapêutica, são tidas como práticas não sistematizadas; complementando que a assistência nesses serviços ainda privilegia o modelo médico em detrimento dos atuais modelos assistenciais que apóiam a ressocialização dos clientes.

Melo (2002) apresenta, em sua dissertação, uma busca de estratégias para a assistência de enfermagem em saúde mental aos depressivos e alcoolistas, em uma unidade básica de saúde.

Os procedimentos metodológicos desse estudo iniciaram com uma prática assistencial a pessoas com problemas depressivos e alcoolistas, para vivenciar uma experiência baseada em teoria da enfermagem, a teoria do intercâmbio interpessoal.

O período de estudo se deu por aproximadamente quarenta dias, através de encontros com pacientes agendados. A proposta baseou-se na aplicação de um conceito central que busca estabelecer uma relação terapêutica, compreendida como o próprio processo de enfermagem.

O trabalho apontou através da relação enfermeira-paciente-familiares. Constituir uma relação de ajuda com o intuito de promover o vínculo pessoal por meio de relações ativas, oferecendo ajuda a partir da criação de espaços terapêuticos e educativos.

O estudo apresentado sugere uma boa formação do enfermeiro, permitindo um cuidado humanizado, ampliando a visão para além das necessidades biológicas, emocionais e espirituais do ser humano.

Em todos os três autores mencionados nota-se que acerca do tema abordado não foi aplicado roteiro algum para a realização da implementação da consulta de enfermagem.

A problemática se dá devido à ausência de um instrumento de entrevista psiquiátrica pelo profissional enfermeiro que compromete a eficácia do atendimento

em relação à semiologia psiquiátrica apresentada pelos pacientes assistidos no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I).

A questão principal gira em torno da consulta de enfermagem, sendo estabelecida de forma prática e sucinta, podendo assim, prever uma resposta afirmativa através da hipótese de implantar um roteiro para realizar a consulta de enfermagem que contemple parâmetros mínimos dos instrumentos dirigidos à entrevista psiquiátrica pelo profissional enfermeiro, visto a importância para o seu trabalho no dia-a-dia.

Tem-se como objetivo melhorar a assistência do enfermeiro em consulta de enfermagem psiquiátrica através da confecção de um roteiro baseado em instrumentos de consulta psiquiátrica; ampliando o conhecimento do enfermeiro em relação à semiologia e semiotécnica psiquiátrica apresentada pelo paciente; horizontalizar e sistematizar um roteiro de consulta baseado em instrumentos de consulta psiquiátrica.

Foi realizado neste trabalho, revisão bibliográfica e estudo descritivo qualitativo com a finalidade de desenvolver um roteiro baseado em literaturas científicas, para ser aplicado pelo enfermeiro durante a consulta de enfermagem no CAPS I do município de Carmo do Paranaíba.

1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A CRIAÇÃO DOS CAPS

1.1 A reforma psiquiátrica

A institucionalização da psiquiatria no mundo ocidental se deu no contexto do Iluminismo, a partir do século 17. A razão dos antigos gregos foi resgatada pelos filósofos dessa época e a irracionalidade manifesta nos loucos e em muitos outros tipos de “perturbadores da ordem”, era contida e corrigida nas prisões, escolas, casas de correção e casas de loucos que surgiram em toda a Europa nos séculos 18 e 19 (PORTER, 1990 apud OLIVEIRA; ALESSI, 2005).

O movimento pela reforma psiquiátrica cumpre um importante avanço nas transformações ocorridas na assistência prestada à pessoa mentalmente doente, no sentido de se elaborar propostas para a transformação do modelo clássico que até então era tido pelos manicômios e asilos pelo modelo atual que são os “serviços abertos”.

Para Oliveira e Alessi (2005, p. 193) o processo da Reforma Psiquiátrica é compreendido por:

a) movimentos populares organizados no sentido de questionar a função social da psiquiatria, dos hospitais psiquiátricos e dos trabalhadores em saúde mental, além de reivindicar direitos dos “doentes mentais”; b) políticas nacionais delineadas principalmente a partir dos anos 90, no setor saúde, estabelecendo uma rede assistencial que apresenta alternativas à internação em hospitais psiquiátricos, e c) legislação nacional e estaduais que garantem um novo modelo assistencial para o atendimento dos problemas de saúde mental da população, além da garantia, aos portadores dos transtornos mentais, dos direitos de cidadania.

A assistência psiquiátrica no Brasil era completamente manicomial, e após um século da sua institucionalização em 1852, pouco se modificou, mantendo-se limitada ao interior dos asilos e com uma função exclusivamente segregadora (BARROS, EGRY; 1994).

Os hospitais psiquiátricos eram praticamente únicos no atendimento ao doente mental, tinham as condições internas desfavoráveis e insalubres. Havia relatos de maus tratos e a assistência oferecida baseava-se na terapia medicamentosa, onde os

pacientes permaneciam na maior parte do tempo, isolados, alienados e ociosos; inexistia a prática de atividades terapêuticas e de qualquer apoio psicológico.

Para Kirschbaum e Paula (2002) o tratamento utilizado anteriormente consistia longos períodos de internação em manicômios, com práticas asilares, que só estimulavam os pacientes ao isolamento e a solidão, e hoje, grande parte desta população é alvo dos serviços abertos de saúde mental.

De acordo com Nardi e Ramminger (2007) a reforma psiquiátrica enquanto movimento social organizado mostra a importância de refletir sobre os modos e processos de subjetivação do paciente, quando enfoca que não deve ser simplesmente reduzida à mera desospitalização, tendo como objetivo uma melhor forma de se relacionar com a loucura.

O resultado das exigências do dinamismo social dos movimentos de transformação da assistência psiquiátrica na Europa e Estados Unidos aconteceu através da mobilização dos profissionais da área de saúde mental. O Estado tem redefinido suas diretrizes políticas nas últimas décadas, estabelecendo que a assistência psiquiátrica seja feita de modo essencialmente extra-hospitalar priorizando que os pacientes com transtornos mentais sejam atendidos e acompanhados em serviços considerados abertos e estejam inseridos na sua própria comunidade (BARROS, EGRY; 1994).

1.2 A criação dos CAPS

Após as manifestações e movimentos dos trabalhadores e profissionais da área de saúde mental, bem como a participação de usuários e familiares, são elaboradas leis e diretrizes que asseguram ao paciente com transtorno mental, direitos frente à sociedade e uma luta constante por uma qualidade de vida melhor para esta clientela, tendo como resultado final a extinção progressiva dos manicômios. Assim, surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico.

A Portaria GM, 336 de 19 de fevereiro de 2002, considerando a Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, “[...] dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. (BRASIL, 2004a, p.125)

Silva et al. (2000) enfatizou que a reforma psiquiátrica não é uma pauta destinada somente a procedimentos técnicos, políticos e portarias regulamentadoras de ações em

saúde. Ao contrário, destaca a discussão acerca da percepção de ser humano subjacente às leis e aos procedimentos regulamentadores da condição do usuário de serviço de saúde mental.

Segundo Brasil (2004a), a Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999 permite o desenvolvimento de programas de suporte psicossocial para os pacientes psiquiátricos em acompanhamento nos serviços comunitários. Aponta ser um utensílio fundamental que viabiliza os programas de trabalho assistido e os inclui na prática rotineira do dia a dia, em todos os seus aspectos econômicos e sociais.

A promulgação da Lei nº 10.216 impõe um novo impulso e ritmo para o processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, e no contexto desta lei e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, passa a concretizar-se ganhando maior sustentação e visibilidade (BRASIL, 2005).

Em decorrência da reforma psiquiátrica no Brasil, são criados os serviços de atendimento em saúde mental e psiquiatria em regime de atenção voltada para o paciente e seu familiar, tendo neste contexto, os serviços residenciais terapêuticos (SRT), lares abrigados ou moradias, ambulatórios de saúde mental (STEFANELLI et al., 2008) e os CAPS, por oferecer uma proposta de atendimento inovadora de uma assistência relevante, no sentido de “liberdade” frente aos seus usuários.

A Legislação em Saúde Mental objetiva a substituição progressiva da assistência do hospital psiquiátrico, principalmente da assistência asilar, por outros dispositivos ou serviços. Há incentivo para os centros de atenção diária, a utilização de leitos em hospitais gerais, a notificação da internação involuntária e a definição dos direitos das pessoas com transtornos mentais como medidas de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004a).

Desviat (2008) concluiu que estruturas analisadas como “hospital-dia”, vivenciadas em países europeus e nos Estados Unidos nas décadas de 40 a 80 como serviços substitutivos dos manicômios, foram fontes inspiradoras para o modelo de saúde mental brasileiro.

Amorim e Dimenstein (2009) afirmam que o modelo de atenção em saúde mental brasileiro foi desenvolvido com a finalidade de crescer gradativamente e solidificar uma rede de atenção extra-hospitalar, de modo a atender as demandas específicas da população sem desassistir e indo além da desospitalização.

Considerados também hospital-dia, os CAPS oferecem tratamentos como dispositivos de cuidados de equipe multidisciplinar e são prioridades os portadores de transtornos mentais severos. Desse modo, o atendimento psicossocial ao público ou de forma individual baseia-se na detecção precoce dos sintomas através da subjetivação do paciente e da busca de melhor compreensão de seus conflitos através do acolhimento, propiciando maior conhecimento de suas características inconscientes (RABELO et al., 2005).

Como disse Brasil (2004b), os serviços substitutivos estão destinados a acolher; estimular a integração social e familiar do paciente, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico, como principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

Para Pelisoli e Moreira (2005) o CAPS é um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), é um lugar de referência e tratamento para pessoas mentalmente doentes que apresentam psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja gravidade ou persistência justifiquem sua permanência num serviço de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

Os autores ainda descrevem que o processo de desinstitucionalização psiquiátrica e os serviços substitutivos têm sido a principal porta de entrada para as pessoas que procuram o atendimento em saúde mental.

Foucault (1984 apud AMORIM e DIMENSTEIN 2009, p. 198) referiu que:

Diante da complexidade do processo de desinstitucionalização e das problemáticas em torno dele, é preciso considerar a existência de uma lógica manicomial que atravessa as mais diferentes realidades no campo da saúde mental, dizendo respeito ao caráter asilar, segregante e tutelar dos processos de subjetivação na contemporaneidade, para além desse campo específico de interesse [...]

Os CAPS tem significado a partir de 1986 no Brasil, como estruturas terapêuticas intermediárias entre a hospitalização e a vida comunitária, que objetivam cuidar de pessoas com transtornos psiquiátricos graves, mais freqüentemente egressos de internações psiquiátricas, acompanhando-as nas suas dificuldades, através do sistema público de cuidados (PITTA, 1994).

Devem atender pacientes vindos de outros serviços de saúde; unidades básicas de saúde, serviços de urgência e emergência, presídios, casas de repouso, abrigo tutelar, egressos de internações psiquiátricas e por demanda espontânea.

De acordo com Brasil (2004b) o objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizar o acompanhamento mental e clínico, e estimular a reinserção social dos usuários através do direito ao trabalho, lazer, exercício da cidadania e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Deve-se lembrar que estes serviços devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico.

Há diferentes tipos de CAPS, a depender da população existente nos municípios em que é implantado, o serviço obedecerá alguns parâmetros com peculiaridades diferentes, mas com objetivos unânimes. Conforme o evento, será discutido neste trabalho essencialmente o trabalho do CAPS tipo I.

Para Brasil (2004b, p. 22) os diferentes tipos de CAPS são:

CAPS I e CAPS II: são CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes. CAPS III: são CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. CAPSi: CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais. CAPSad: CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

O autor ainda menciona que cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, particular, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, de acordo com suas necessidades.

A depender do projeto terapêutico referido acima, o CAPS poderá oferecer, conforme as determinações da Portaria GM 336/02 (2004b, p.16):

Atendimento intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico em situações de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. [...].

Atendimento semi-intensivo: o usuário poderá ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. [...].

Atendimento não-intensivo: oferecido quando a pessoa não necessita de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês.[...].

Enfatiza-se que em todos os regimes citados o atendimento poderá ser domiciliar. São oferecidos atendimentos individuais, atendimento em grupo, atendimento para a família e atendimentos comunitários. São realizados na forma de apoio psicológico,

oficinas terapêuticas, consultas, prescrição de medicamentos, atividades de grupo como artesanato, jogos, exercícios físicos, passeios e outros.

1.3 O CAPS de Carmo do Paranaíba

O CAPS I de Carmo do Paranaíba iniciou suas atividades em agosto de 2004, sendo cadastrado no Ministério da Saúde em 05 de julho de 2005 através da Portaria nº 385 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Hoje, apresenta-se mais estruturado, com diminuição dos índices de internações psiquiátricas, melhora do vínculo dos pacientes com o serviço e interesse dos familiares em acompanhar o tratamento, uma vez que estes encontram estabilizados (CUNHA; GALERA, 2008).

O CAPS I de Carmo do Paranaíba está situado em local de fácil acesso para a população, adaptado em uma casa ampla e aconchegante, a qual vem passando por constantes adequações, com o objetivo de oferecer ao máximo, um ambiente familiar ao paciente. Possui uma equipe multiprofissional, constituída por um médico psiquiatra, uma enfermeira com formação em enfermagem psiquiátrica, um psicólogo, uma assistente social, uma fisioterapeuta e quatro técnicas de enfermagem (CARMO DO PARANAÍBA, 2004).

De acordo com o que rege o estatuto dos CAPS I; são cadastrados e monitorados somente adultos com idade acima de 18 anos, porém, atende a crianças e adolescentes a nível ambulatorial, tendo estes, seguimento na sua unidade básica de origem (CARMO DO PARANAÍBA, 2004).

Os CAPS I de Carmo do Paranaíba têm possibilitado um atendimento significativo referente ao expressivo número de demandas, contribuindo com a diminuição do número de internações psiquiátricas e detectando precocemente o diagnóstico de casos de doença mental (CARMO DO PARANAÍBA, 2004).

A equipe mínima dos CAPS I é composta de psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, educadores físicos, assistentes sociais, equipe de enfermagem e enfermeiro, o qual pode desenvolver uma assistência de qualidade a partir de pressupostos teóricos, treinamentos, cursos de especialização e educação continuada, visando destacar com êxito seu trabalho desenvolvido no CAPS I.

2 O TRABALHO DO ENFERMEIRO NO CAPS

Na fase inicial da enfermagem psiquiátrica, a assistência ao doente mental era fator atribuído às irmãs de caridade, que organizavam o ambiente do hospício e que exerciam o papel de supervisão; não descartando o abuso de poder por parte destas, que encobriam e permitiam maus tratos aos doentes (RODRIGUES; SCHNEIDER, 1999).

Como disse Stefanelli et al. (2008) o papel do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica apresentou uma lenta evolução até 1946, que era exclusivamente voltado para o cuidado relacionado às terapias somáticas existentes e para a satisfação de necessidades primárias. Em 1947, destacou-se como função do enfermeiro, denominando “atitude terapêutica”, ou seja, o uso de condutas que contribuíram para a recuperação do paciente, onde tornou-se a preocupação central do enfermeiro.

A enfermagem psiquiátrica baseada no contexto da assistência clássica dos anos 50 foi e é tratada em caráter secundário decorrente da doença mental ter sido considerada como improdutiva e incômoda, que ainda impossibilitava que os outros produzissem, principalmente a família (RODRIGUES; SCHNEIDER, 1999).

Taylor (1992) define a enfermagem psiquiátrica como um processo, o qual a enfermeira auxilia as pessoas, individualmente ou em grupos, a desenvolverem um autoconceito mais positivo, um padrão mais gratificante de relacionamentos interpessoais e um papel mais satisfatório na sociedade.

Rebouças et al. (2008) ressaltaram que os novos modelos da política de assistência em saúde mental e psiquiatria envolvem a ampliação da rede de oferta de cuidados aos pacientes, exigindo do profissional um envolvimento multiprofissional muito maior com a clientela, inclusive para os pacientes graves com o objetivo de prolongar-se por toda a vida.

Kirschbaum e Paula (2002) apontam que a finalidade da prática de enfermagem no novo modelo assistencial substitutivo seria utilizar-se da reinserção social, aplicando-a a pacientes submetidos de longas internações psiquiátricas

isolados de tudo e todos; através da reformulação dos serviços comunitários já existentes e associando-os a ações terapêuticas, podendo estas ser desenvolvidas por profissionais da área de saúde mental, possibilitando reabilitar estes usuários na sociedade.

Kirschbaum e Paula (2001) ainda enfatizaram que as características exercidas pelo trabalho de enfermagem nas equipes de saúde mental adquirem distintas formas, não só no que diz respeito às atividades e às atribuições assumidas pelos enfermeiros, mas pela maneira que eles ocupam no processo de trabalho da equipe.

Em um estudo de cunho qualitativo-descritivo de Kirschbaum e Paula (2001), puderam observar que o enfermeiro adquire distintas posições conforme a organização em que se submete ao processo de trabalho da equipe e que a consciência frente a este contexto é de essencial importância para que o profissional desenvolva seu trabalho de forma crítica e com qualidade.

Stefanelli et al. (2008) opinam que as intervenções de enfermagem em saúde psiquiátrica incluem em seu domínio não só os locais de atuação no serviço de saúde mental, como também, de clientela, ou seja, no lar, na escola e em serviços que exigem a mais especializada assistência ao ser humano.

Silva et al. (2000) mencionam que na saúde mental, o espaço para as intervenções de ordem técnica ou prática devem acontecer de forma restrita, o que enfatiza o processo de relação intersubjetiva e como consequência, o processo de comunicação, como instrumento de intervenção por excelência.

Stefanelli et al. (2008) apontam os objetivos mais importantes para o processo interpessoal nos serviços de psiquiatria; onde se resumem em educar o paciente e sua família sobre promoção, manutenção e recuperação de comportamento que colabore para o seu funcionamento integrado. Contribuir para melhorar suas habilidades de enfrentamento de desafios à saúde mental, incluindo as outras dimensões como indivíduo; o cliente deve ser visto como uma pessoa, família ou comunidade, com seus direitos e deveres em relação à sua saúde.

A importância de conhecer os subsídios destinados ao preparo de enfermeiros em assistência em saúde mental e psiquiátrica é essencial para propiciarem meio para o estudo das relações enfermeiro-cliente (STEFANELLI et al., 2008), onde contempla o relacionamento interpessoal como base para esta intervenção.

O enfermeiro com especialidade em saúde mental e psiquiatria deverá apresentar um domínio maior acerca de conhecimentos específicos não só clínicos e técnicos, como um olhar holístico, uma escuta terapêutica e a capacidade para realizar uma aliança terapêutica que vise o vínculo e a confiança do paciente para que este adira ao tratamento.

Girade, Cruz e Stefanelli (2006) mencionam que o enfermeiro deve desenvolver habilidades onde possa aplicar uma maior competência, com o intuito de melhorar o desempenho de suas funções, destacando o cuidado e atendimento do paciente em todas as suas dimensões assistencialistas.

Ribas, Borenstein e Padilha (2006) observam que são as enfermeiras, que na maioria das vezes, tem conseguido dar um suporte aos indivíduos em sofrimento psíquico; conseguindo dessa forma trabalhar com suas famílias, enfrentando as crises em seu ambiente doméstico, evitando a internação psiquiátrica e a diminuição da cronicidade.

Nardi e Ramminger (2007) descrevem que o trabalhador de saúde mental, projeta-se em meio a discursos que mostram a luta interna acerca da saúde mental, por ser um espaço conflituoso e por estar habitado por distintas discussões; desde a crença no cuidar sendo uma forma de caridade embasada no discurso religioso, passando pela afirmação da ciência, argumentando o tratamento da loucura por ser um discurso essencialmente científico, mas também o fator político e afetivo com a projeção de um novo modo de se relacionar com a loucura que se subentende pela Reforma Psiquiátrica.

Rodrigues e Schneider (1999) refletem sobre o trabalho da enfermagem em hospitais psiquiátricos em relação a tarefas que lhe competem, como a supervisão do trabalho do pessoal auxiliar de enfermagem, o atendimento de intercorrências psiquiátricas, os encaminhamentos para outras especialidades ou serviços, o controle de material e do ambiente físico e a realização de relatórios e registros de atividades.

Além das funções administrativas do enfermeiro em instituições psiquiátricas, é importante este entender que o acolhimento, a escuta, os cuidados com a higiene, o conhecimento do ambiente social e familiar são essenciais na assistência de enfermagem e traduzem em qualidade e reabilitação deste paciente em seu convívio social.

Rodrigues e Schneider (1999) abordam a exigência legal da presença do enfermeiro nas instituições psiquiátricas, onde permitiu uma abertura no campo de

atuação para este profissional, porém não garantiu sua efetiva inserção no determinado espaço. A mudança na lei, não correspondeu a uma mudança na prática.

No que se refere a esta abordagem, a ausência do enfermeiro nestas instituições, acarreta um sério problema na assistência psiquiátrica, pois este é responsável pelo cuidado direto do paciente, bem como práticas e saberes no campo da saúde mental; tornando o serviço deficiente e precário em termos de reabilitação psicossocial.

“É preciso que o enfermeiro realize constantemente educação permanente para transitar entre os diferentes serviços e desempenhar seu papel com competência e habilidade, firmando sua atuação pelo conhecimento.” (STEFANELLI et al., 2008, p. 33)

O enfermeiro trabalhador do CAPS deve ampliar seu leque de conhecimentos a partir da educação continuada, das discussões de estudo de casos em equipes, estar atento aos relatos, comportamentos e à subjetividade individual de cada paciente. Ele não tem necessariamente de ser um “especialista”, mas um observador que manifeste atenção para as ações voltadas aos clientes com transtornos mentais severos, essencialmente para a qualidade da assistência oferecida pela equipe de enfermagem.

Diante das atribuições do enfermeiro, a escuta ao paciente é essencial, bem como um exame físico e do estado mental que integraliza o cuidado num todo, enfatizando a consulta de enfermagem como um instrumento de contribuição para diagnóstico e tratamento do paciente, respeitando sua subjetividade.

3 A CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE PSQUIÁTRICO

A consulta de enfermagem é um importante instrumento para a assistência de enfermagem realizada através do processo de enfermagem. Será desenvolvido um instrumento (Anexo) relacionado à consulta de enfermagem, que abranja os principais sinais e sintomas psiquiátricos mais prevalentes no CAPS I.

De acordo com a Resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), número 159/93 (2009, p. 43), dispõe sobre a consulta de enfermagem:

[...] sendo atividade privativa do Enfermeiro, utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade; [...]

Em uma consulta de enfermagem o enfermeiro realizará o histórico, através da coleta e análise de dados, compreendendo na entrevista, a escuta, o exame do estado mental e físico, se possível. Já o diagnóstico de enfermagem corresponde à formulação de uma hipótese com a finalidade de solucionar problemas. Para o planejamento, o enfermeiro desenvolverá um nível de cuidados, como a prescrição da assistência de enfermagem visando utilizar os princípios da enfermagem psiquiátrica através da execução da assistência, promovendo um ambiente terapêutico.

É através da avaliação ou evolução clínica que o profissional enfermeiro irá comparar resultados reais com os resultados esperados do paciente, identificar alterações e dar continuidade em todas as etapas do processo de tratamento.

Observa-se a consulta de enfermagem um tópico fundamental na assistência de enfermagem. A primeira tentativa de mudança do ensino da enfermagem brasileira foi na área psiquiátrica, onde o hospício era o campo central da prática de enfermagem, que foi incumbido o direito de controlar, disciplinar e reeducar o doente mental, estabelecendo e validando o cuidado e o confinamento como principais fatores da assistência (FERNANDES 1981 apud BARROS e EGRY, 1994).

“O plano para a intervenção da enfermagem é altamente individualizado para cada paciente, devendo refletir os princípios de enfermagem psiquiátrica.” (TAYLOR, 1992, p.109). Objetiva-se com tal idéia ampliar a capacidade de autonomia do cliente, oferecendo uma rotina personalizada de acordo com seu quadro psíquico.

Atkison e Murray (1989) dizem que o processo de enfermagem é uma tentativa de melhorar a qualidade da assistência ao paciente onde esta é planejada enfatizando-se alcançar suas necessidades específicas, sendo registrada de forma a que todas as pessoas envolvidas no tratamento possam ter acesso ao plano de assistência.

De acordo com Smeltzer e Bare (2005) o processo de enfermagem é uma abordagem de resolução de problemas com o propósito de atender as necessidades de cuidado de saúde e de enfermagem de uma pessoa.

Para Campedelli (1990 apud FORNAZIER e SIQUEIRA, 2006) a consulta de enfermagem é uma atividade exclusiva de competência do enfermeiro, que, usando de seu respaldo profissional, assume responsabilidade quanto a assistência de enfermagem a ser prestada nos problemas identificados e em nível de complexidade da intervenção sendo os cuidados diretos e indiretos necessários; orientações recomendadas para a situação apresentada; encaminhamento para outros profissionais ou setores. Logo o procedimento requer o desenvolvimento de habilidades.

O enfermeiro atuante no serviço de psiquiatria desempenha um trabalho distinto em relação ao trabalho de outras áreas clínicas. Geralmente nas demais especialidades, a teoria, a prática e o burocrático são mais prevalentes, deixando muitas vezes, de avaliar o lado emocional do paciente. Dessa forma, o enfermeiro psiquiátrico desenvolve uma capacidade intelectual e humanizada de ouvir o paciente e atua priorizando o emocional e o psicológico do mesmo, realizando também as teorias-práticas e os aspectos burocráticos da instituição.

Rudio (1999, p. 44) menciona que “o cliente deve ser livre para dizer tudo o que pensa e sente.” Na escuta de abordagens como esta, o enfermeiro em saúde mental deverá oferecer ajuda, apoio e compreensão em busca de originar um vínculo com o paciente para que este se envolva com seu tratamento.

Filizola e Pavarini (2003) apontam que o enfermeiro que não se envolve não poderá experimentar jamais sentimentos de alegria e felicidade quando o paciente se recupera ou mesmo tristeza quando este vem a falecer por algum motivo. Acredita-se

que o verdadeiro antídoto contra tais comportamentos emocionais seja aprender a se envolver de forma madura.

Coimbra (2003) observou também que a relação entre o profissional e o usuário pode ser humanizada e formar um vínculo entre usuário, profissional e serviço, reconhecendo que a escuta é um importante instrumento do acolhimento; como também, uma imprescindível ferramenta da consulta psiquiátrica, onde o paciente expõe seus problemas de saúde, sociais, econômicos e afetivos.

Da mesma forma, Filizola e Pavarini (2003) citaram a confiança como um sentimento que deve ser desenvolvido no processo do relacionamento entre enfermeiro e cliente, de tal modo que este desenvolva um conceito fidedigno do profissional.

No trabalho realizado por Guimarães e Medeiros (2001, p. 101), é enfatizada a consulta de enfermagem psiquiátrica, onde era comum a todos os pacientes as seguintes orientações:

- efeitos de superdosagem e/ou efeitos colaterais da medicação, investigando as características de impregnação, eliminações: urina, fezes, suor, saliva;
- orientação de autogerência para controle da terapêutica medicamentosa e incentivo à mudança de hábitos alimentares, tornando a alimentação mais saudável; para o dia-a-dia, havia orientação da prática de exercícios físicos, grupos operativos para ajuda mútua, lazer, participação em trabalhos terapêuticos e produtivos (ou vice-versa), com a finalidade de redução dos quadros comprometedores da saúde mental e ampliação do poder de barganha do paciente. Isso, por sua vez, contribuía para o fortalecimento da não-exclusão do paciente do seu meio social.

“A consulta de enfermagem auxilia na identificação de sinais de afecções e de necessidades biopsicossociais que muitas vezes não são relatadas pelo usuário do serviço.” (VILELA; MORAES, p. 503) Não se deve levar em consideração somente o que o paciente relata, é preciso que o enfermeiro o observe num todo, analisando e avaliando através de suas reações, expressões, gesticulações, o modo como se veste, como está sua aparência física em geral, entre outras subjetividades.

Com base no argumento de Melo (2002) para que a consulta de enfermagem tenha êxito, é necessário a criação de um ambiente próprio para esta finalidade, um espaço que permita uma relação empática com o enfermeiro, onde proporcione ao paciente tranquilidade, conforto, segurança, facilitando a este, expor suas necessidades tendo como objetivo dar continuidade à assistência, sem pressa e sem interrupções.

A ausência de um instrumento (formulário) de competência do profissional enfermeiro para aplicação de entrevista psiquiátrica aos pacientes assistidos no CAPS I de Carmo do Paranaíba encontra-se deficiente e compromete a eficácia do atendimento em relação à busca de sinais e sintomas psiquiátricos durante a consulta de enfermagem.

A assistência de enfermagem em psiquiatria é um processo extenso e a maioria dos enfermeiros, principalmente os recém formados encontram dificuldades em realizar a consulta e/ou acolhimento na área psiquiátrica. Baseado em estudos descritos, será realizado um instrumento (formulário) de entrevista com a finalidade de propor melhoras e qualificar a assistência do enfermeiro durante a consulta de enfermagem psiquiátrica no CAPS I de Carmo do Paranaíba.

No entanto, foram selecionados alguns tópicos que servem para guiar e orientar estes profissionais, aperfeiçoando a consulta de enfermagem através de uma entrevista estruturada, baseada na sintomatologia mais abrangente observada nos pacientes psiquiátricos.

Em anexo, encontra-se o roteiro do instrumento (formulário) para entrevista do enfermeiro que deseja realizar de forma estruturada um consulta de enfermagem que contemple a semiologia psiquiátrica esperada para contribuir no tratamento posterior do paciente, facilitando o trabalho multiprofissional da equipe do CAPS I.

CONCLUSÃO

O CAPS I de Carmo do Paranaíba procura possibilitar e estabelecer atendimentos humanitários e significativos referente ao expressivo número de procura pela comunidade, essencialmente visando o perfil psicológico e psiquiátrico destas pessoas que buscam ajuda. Esta ação tem contribuído para diminuir o número de internações psiquiátricas em sanatórios, bem como oferecido condições de efetuar precocemente o diagnóstico e o tratamento das patologias mentais mais abrangentes no próprio município do paciente.

Das atribuições que são competidas ao enfermeiro, a escuta terapêutica é fundamental exatamente como a entrevista, o acolhimento, o exame físico e o estado mental do paciente, uma soma que integraliza o cuidado de modo holístico, ressaltando a consulta de enfermagem como um instrumento de contribuição eficaz para a efetivação do diagnóstico e tratamento do paciente, por parte de membros da equipe, respeitando sua subjetividade.

Este estudo permitiu verificar a importância da concepção de um roteiro de entrevista psiquiátrica através de um formulário estruturado para ser executada a consulta de enfermagem por enfermeiros, inclusive recém formados, em serviços considerados abertos de saúde mental, fundamentalmente os CAPS. Outro motivo é horizontalizar e sistematizar a entrevista psiquiátrica com base nos principais sinais e sintomas percebidos nos pacientes pelo enfermeiro e facilitar a identificação transversal pelo uso do instrumento/formulário instituído no serviço do CAPS para realização da consulta de enfermagem psiquiátrica objetivando estabelecer melhora do atendimento e do acolhimento do paciente psiquiátrico no serviço.

Dessa forma, conclui-se que a implantação de um roteiro para realizar a consulta de enfermagem, através da entrevista estruturada, contemplará os parâmetros mínimos necessários da semiologia psiquiátrica estipulados no conteúdo do instrumento/formulário que tende a conduzir o profissional enfermeiro a ampliar, a qualificar a importância do seu trabalho rotineiro e facilitar uma melhor interação com a equipe multidisciplinar do CAPS. Assim, este roteiro propiciará condições

facilitadoras de informações semiológicas psiquiátricas, apontando dados fidedignos de qualidade científica que contribua para o tratamento e estabilização do quadro psiquiátrico do paciente.

REFERÊNCIAS

AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Natal, v.14, n.1, p. 195-204, jan./fev. 2009.

ATKISON; I. D.; MURRAY; M. E. **Fundamentos de Enfermagem. Introdução ao Processo de Enfermagem**. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1989.

BARROS, S.; EGRY, E. M. A enfermagem em saúde mental no Brasil: a necessidade de produção de novos conhecimentos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n.1, p. 79-94, jan./jul. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental 1990-2004**. 5. ed. Brasília, DF, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF, 2005.

CARMO DO PARANAÍBA. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. **Projeto Terapêutico do CAPS I de Carmo do Paranaíba**. Carmo do Paranaíba, 2004.

COIMBRA, V. C. C. **O Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial**. 2003. 190 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CUNHA, V. C. A.; GALERA, S. A. F. **Perfil epidemiológico da clientela assistida no CAPS I do município de Carmo do Paranaíba – MG. De agosto de 2004 a março de 2008**. Pôster apresentado ao IX encontro de especialistas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/SAD/anais-evento->

2008/resumos/PSM/77%20PSM%20V%C3%A2nia%20Cristina%20Alves%20Cunha.pdf; Acesso em 13/04/2009.

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica. Série: Loucura & Civilização.** Tradução de Vera Ribeiro, Revisão Técnica de Paulo Amarante, 2ª reimp. Rio de Janeiro : Fiocruz, 2008.

FILIZOLA, C. L. A.; PAVARINI, S. C. I. **A relação enfermeiro-paciente e instrumentos para coleta de dados.** São Carlos : EdUFSCar, 2003. (Série Apontamentos).

FORNAZIER, M. L.; SIQUEIRA, M. M. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. **J Bras Psiquiatr**, Vila Velha, v. 55, n. 4, p. 280-287, dez. 2006.

GIRADE, M. G.; CRUZ, E. M. N. T.; STEFANELLI, M. C. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 105-10, mar. 2006.

GUIMARÃES, J.; MEDEIROS, S. M. Contribuição ao ensino de saúde mental sob o signo da desinstitucionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 97-104, jan. 2001.

KIRSCHBAUM D. I. R.; PAULA F. K. C. Contradições no discurso e na prática do trabalho de enfermagem nos serviços-dia de saúde mental. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 36, n. 2, p. 170-6, jun. 2002.

_____. O trabalho do enfermeiro nos equipamentos de saúde mental da rede pública de Campinas-SP. **Rev Latino-am.Enfermagem**, São Paulo, v. 9, n. 5, p. 77-82, set./out. 2001.

Legislação e Normas. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais, v. 11, n.1, Belo Horizonte: COREN-MG, 2009.

MELO, E. P. **Estratégias para a assistência de enfermagem em saúde mental aos depressivos e alcoolistas, em uma unidade básica de saúde.** 2002. 100 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 385**, 2005, disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-385.htm>, acesso em 28/09/2009 às 21:58 horas.

NARDI, H. C.; RAMMINGER, T. Modos de Subjetivação dos Trabalhadores de Saúde Mental em Tempos de Reforma Psiquiátrica. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 265-287, nov. 2007.

OLIVEIRA, A. G. B.; ALESSI, N. P. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Cuiabá, v. 10, n.1, p. 191-203, maio. 2005.

PELISOLI, C. L.; MOREIRA, A. K. Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. **Rev Psiquiatr Rs**, Osório, v. 27, n. 3, set./dez. 2005.

PITTA, A. M. F. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? **J. brasileiro Psiq.**, [S.L.], v. 43, n. 12, p. 647-654, dez. 1994.

RABELO, A. R. et al. **Um Manual para o CAPS**. Salvador : Bigraf, 2005.

REBOUÇAS, D. et al. O trabalho em saúde mental: um estudo de satisfação e impacto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 624-632, mar. 2008.

RIBAS, D. L.; BORENSTEIN, M. S.; PADILHA, M. I. C. S. Iluminando as vivências de indivíduos em sofrimento psíquico de um CAPS em Florianópolis. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 40- 6, jan./ mar. 2007.

RODRIGUES, R. M.; SCHNEIDER, J. F. A enfermagem na assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 33-40, jul. 1999.

RUDIO, F. V. **Orientação não-diretiva na educação, no aconselhamento e na psicoterapia**. 13 ed. Petrópolis : Vozes, 1999.

SILVA, A. L. A. et al. Comunicação e enfermagem em saúde mental - reflexões teóricas. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p.65-70, out. 2000.

SMELTZER; S. C.; BARE; B. G. **Brunner & Suddarth, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Vol.1., 10. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2005.

STEFANELLI, M. C. et al. **Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais**. Barueri : Manole, 2008.

TAYLOR, C. M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness**. 13. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1992

VILELA, S. C.; MORAES, M. C. A prática de enfermagem em serviços abertos de saúde mental. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 501-6, out./dez. 2008.

ANEXO

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA

A – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Filiação: Pai: _____

Mãe: _____

Estado civil: _____ Cônjuge: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: Masc. () Fem. ()

Naturalidade: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Profissão: _____ Ocupação: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ Recado: _____

B – DADOS COMPLEMENTARES

Encaminhado: _____

Motivo: _____

Percepção da família na doença psiquiátrica:

Tratamento psiquiátrico anterior: () Sim () Não

Internação psiquiátrica: () Sim () Não Data da última: ___/___/___

Local: _____ Tempo de internação: _____

Medicações em uso:

Nome do medicamento	Dose	Horário

C – QUADRO CLÍNICO

() Diabetes mellitus () Hipertensão arterial () Alergias () Cardiopatias
 () Oncologia () Outros.

Citar: _____

D– NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

1) PA: ____/____ mmHg. FR: _____ FC: _____ Tax: _____ °C

2) Integridade tecidual

Presença: () lesões () hematomas () cicatrizes () manchas () edemas
 () outros

Especificar: _____

3) Alimentação: Peso: _____ Estatura: _____ IMC: _____

Recusa alimentar-se: () Sim () Não

Alimenta-se: () sozinho () com estímulo () com assistência () sem assistência

Queixa: () náusea () azia () vômito () inapetência () dificuldade em
 mastigar () dificuldade em deglutir () boca seca

Presença de prótese: () Sim () Não. Especificar: _____

4) Hidratação hídrica oral: () não ingere líquidos () ingere pouco líquido

() ingere líquidos em excesso () ingere líquidos.

Volume: _____

5) Eliminações:

5.1. Eliminações intestinais: () normal () constipação () diarreia () flatulência
 () incontinência () hemorróidas

5.2. Eliminações urinárias: () normal () incontinência () disúria () anúria

enurese polaciúria nictúria hematúria piúria

6) Sono e repouso:

Dorme quantas horas por noite: _____

Insônia: inicial intermediária final

7) Mobilidade: deambula: sozinho com auxílio não deambula

8) Cuidado pessoal: toma banho sozinho toma banho com auxílio cuida-se sozinho recusa cuidar-se necessita de estímulo para cuidar-se necessita de auxílio para cuidar-se.

F – NECESSIDADES PSICOSSOAIS

1) Aparência: descuidado/despenteado desalinhado/sujo trajas atípicos

2) Postura: flácida rígida inadequada/bizarra

3) Nível de consciência: consciente lúcido sonolento torpor

4) Estado cognitivo (atenção, memória, orientação, e inteligência):

desorientado em relação a si mesmo desorientado no tempo

desorientado no espaço diminuição da atenção espontânea diminuição da concentração

5) Pensamento: coerente incoerente lógico ilógico fuga de idéias obsessão irradiação do pensamento idéias suicidas idéias homicidas desorganizado fobias juízo crítico da realidade prejudicado juízo crítico da realidade preservado compulsão delírios persecutórios delírios religiosos delírios de grandeza delírios místicos

6) Senso percepção: sem alucinações

Alucinações: auditiva tátil visual gustativa olfativa

imagens estranhas percepção deformada de objetos e coisas sente o corpo se transformar

7) Linguagem/ fala e discurso:

não verbaliza verbaliza verbaliza com estímulo fala sozinho fala lenta fala acelerada tom de voz baixo tom de voz alto incoerência vocabulário próprio repete frases ou palavras bloqueios mutismo linguagem vulgar

8) Movimentação: inquieto agitação psicomotora lentificada estuporoso

9) Humor/ afetividade:

eufórico tranqüilo triste embotado vergonhoso apático alegre eufórico exaltado ansioso persecutório hostil culpado irritado impulsivo agressivo medo labilidade afetiva choro fácil riso fácil

10) Psicomotricidade: inquieto agitado movimentos repetitivos lento nos movimentos imóvel acatisia tiques andar robotizado andar lento andar rápido anda o tempo todo andar a esmo

11) Auto-estima: preservada baixa elevada

12) Atitudes diante do entrevistador: dominação submissão desconfiança indiferença hostilidade inadequação cooperação

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Enfermeiro: _____ COREN: _____

Data: _____ Horário: _____