

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

MARÍLIA ALVES DOS SANTOS PEREIRA

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE MORADORES DE RESIDÊNCIAS
TERAPÊUTICAS À LUZ DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**

RECIFE-PE

2016

MARÍLIA ALVES DOS SANTOS PEREIRA



**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE MORADORES DE RESIDÊNCIAS
TERAPÊUTICAS À LUZ DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos diferentes cenários do cuidar

Grupo de pesquisa: Saúde Mental e Qualidade de Vida no Cicli Vital/CNPq

Orientadora: Prof^ª. Dra. Iracema da Silva Frazão

Coorientadora: Prof^ª Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares

RECIFE
2016

Catálogo na Fonte
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

- P436d Pereira, Marília Alves dos Santos.
Diagnósticos de enfermagem de moradores de residências terapêuticas à luz da teoria das necessidades humanas básicas / Marília Alves dos Santos Pereira. – 2016.
105 f.: il.; tab.; quad.; 30 cm.
- Orientadora: Iracema da Silva Frazão.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, 2016.
Inclui referências, apêndices e anexos.
1. Moradias assistidas. 2. Serviços de saúde mental. 3. Desinstitucionalização. 4. Diagnósticos de enfermagem. I. Frazão, Iracema da Silva (Orientadora). II. Título.

615.3 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS2017-274)

MARÍLIA ALVES DOS SANTOS PEREIRA

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE MORADORES DE RESIDÊNCIAS
TERAPÊUTICAS À LUZ DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**

Dissertação aprovada em: 15 de dezembro de 2016

Profa. Dra. Ana Márcia Tenório de Souza Cavalcanti - UFPE

Profa. Dra. Tatiane Gomes Guedes - UFPE

Profa. Dra. Suzana de Oliveira Mangueira - UFPE

RECIFE

2016

*À minha amada mãe, Fátima,
por todo amor dedicado a
mim e que é responsável pelas
conquistas da minha vida e
sempre está ao meu lado.*

AGRADECIMENTO

Chegou o momento tão esperado e tão sonhado, o momento do final de mais um ciclo em minha vida. Um ciclo que me mostrou o quanto é importante a existência de pessoas que apoiam e que torcem pelo seu sucesso. E hoje os agradecimentos são para vocês.

À Deus, pela sua presença e zelo em todos os momentos da minha vida.

À minha mãe Fátima, o meu muito obrigada, por todo o amor, paciência, carinho, dedicação sem medidas, pelas conversas de incentivo e por ser a base de toda a nossa família. Sem você seria impossível. Te amo!

À minha “vozinha”, Regina, que com todas as limitações existentes nunca, nunca mesmo, mediu esforços para me agradar.

Ao meu pai (*in memoriam*), que certamente nunca deixou de torcer por mim, esteja onde estiver...

Aos meus irmãos pelo apoio fraternal dedicado e que também participaram da minha formação pessoal, sempre torcendo pelas minhas conquistas.

Meus sobrinhos, Cecília e Luiz Felipe, me trazendo a alegria diária. Sem eles no meu dia a dia a caminhada teria sido muito mais difícil. Amo vocês!

À minha cunhada, Fernanda, que para mim é uma irmã, o meu muito obrigada pelo incentivo e por sempre acreditar em mim.

Ao meu namorado e companheiro de vida, Aldemir, pelo carinho constante e pela compreensão devido as ausências em alguns finais de semana. Amo você!

A Profª e Orientadora Iracema Frazão, por me acompanhar e orientar nesta trajetória de aperfeiçoamento profissional;

A coorientadora, Francisca Márcia, que desde o início topou participar do estudo, sempre muito solícita e prestativa. Muito obrigada!

Aos professores do Mestrado pelos ensinamentos transmitidos

Aos colegas desta turma de mestrado, pelos momentos de estudo e aprendizado compartilhados. Em especial as amigas que vou levar para a vida, Bruninha, Bella e Poli.

À minha querida Vanessinha, que com seu jeito meigo e prestativo me ajudou muito a chegar até aqui.

À minha doutoranda que tanto admiro, Luzia, que com seu jeito doido e ao mesmo tempo atencioso, não mediu esforços para me ajudar quando precisei, e olhe que não foram poucas vezes (risos). Obrigada, de coração!

Às minhas amigas de toda vida, Aline Avelino, Camila Guedes e Carolina Azevedo, pela escuta, apoio e carinho e por comemorarem comigo cada conquista;

Por último e não menos importante, aos moradores das Residências Terapêuticas, que me proporcionaram realizar este estudo.

Valeu à pena cada distância percorrida e as dificuldades enfrentadas. Hoje estou colhendo os frutos do meu empenho e dedicação!!

RESUMO

Residências Terapêuticas ou Serviços Residenciais Terapêuticos são casas inseridas na comunidade e que têm como moradores indivíduos com transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, sem suporte social e com laços familiares ausentes ou fragilizados que inviabilizam sua inserção social pela família. Nesse contexto, percebe-se a necessidade de uma assistência de enfermagem, voltada à atenção integral da pessoa com transtorno mental, compreendida em seus aspectos biológicos, psíquicos, sociais e espirituais, por meio de um cuidado sistematizado de enfermagem. Do exposto, objetivou-se analisar os Diagnósticos de Enfermagem mais prevalentes em moradores das Residências Terapêuticas, baseados na Taxonomia II da NANDA-I. Para embasar a dissertação elaborou-se um artigo de Revisão Integrativa com objetivo de caracterizar as demandas de cuidados de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos à luz da teoria das Necessidades Humanas Básicas. A busca foi realizada nas bases Scopus, Cinahl, Lilacs, Bdenf e PubMed. Foram incluídos artigos originais publicados entre 2002 e 2015, em inglês, português ou espanhol. O artigo original emergiu do banco de dados proveniente de um estudo transversal de amostra censitária, realizado com 190 moradores de ambos os sexos de 31 Serviços Residenciais Terapêuticos de Recife-PE. Para a coleta de dados, realizada entre janeiro e julho de 2015, foi construído e utilizado um instrumento de coleta de dados usando o referencial teórico do Modelo Analítico de Risner. Este modelo divide-se em duas etapas: fase de análise dos dados e síntese; e construção redacional de Diagnósticos de Enfermagem, de acordo com uma taxonomia. Em seguida, os peritos aplicaram o teste de acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem encontrados. Para análise utilizou-se o teste de qui-quadrado. Os resultados da Revisão Integrativa emergiram da análise de 14 estudos que evidenciaram as Necessidades Humanas Básicas psicobiológicas e psicossociais, não sendo encontradas, portanto, cuidador relativos às necessidades psicoespirituais de moradores de Residências Terapêuticas do Brasil. O artigo original constatou a presença de dois Diagnósticos de Enfermagem com foco no problema e nove Diagnósticos de Enfermagem de risco que, nesta população, se referiram às Necessidades Humanas Básicas psicobiológicas e psicossociais. Conclui-se que as necessidades identificadas envolvem questões associadas aos longos períodos de internamento psiquiátrico progresso e afetam, negativamente, a saúde dos moradores. É necessário a integração do morador, comunidade, rede de assistência e, em especial, da Estratégia Saúde da Família, com o intuito de prevenir agravos e intervir nas necessidades identificadas, prevenindo que os Diagnósticos de Enfermagem com foco no problema se agravem e que os Diagnósticos de Enfermagem de risco se tornem com foco no problema, ressaltando assim, a importância de uma assistência de enfermagem sistematizada por meio do Processo de Enfermagem.

Palavras-chave: Moradias assistidas. Serviços de Saúde Mental. Desinstitucionalização. Diagnósticos de Enfermagem.

ABSTRACT

Therapeutic Residences or Residential Therapeutic Services are houses inserted in the community and that have residents as individuals with mental disorders, graduates of long-stay psychiatric hospitalizations, without social support and with missing or fragile family ties that make their social insertion impossible for the family. In this context, the need for a nursing care, focused on the integral attention of the person with mental disorder, understood in its biological, psychic, social and spiritual aspects, through a systematized nursing care, is perceived. From the above, the objective was to analyze the most prevalent Nursing Diagnoses in Residents of Therapeutic Residences, based on NANDA-I Taxonomy II. To support the dissertation, an Integral Review article was prepared with the purpose of characterizing the care demands of Residents of Therapeutic Residential Services in light of the Basic Human Needs theory. The search was performed at the bases Scopus, Cinahl, Lilacs, Bdenf and PubMed. Original articles published between 2002 and 2015 were included in English, Portuguese or Spanish. The original article emerged from the database from a cross-sectional study of census sample, performed with 190 residents of both sexes from 31 Therapeutic Residential Services of Recife-PE. For data collection, conducted between January and July 2015, a data collection instrument was constructed and used using the theoretical framework of the Risner Analytical Model. This model is divided into two stages: data analysis phase and synthesis; and construction of nursing diagnoses according to a taxonomy. Next, the experts applied the accuracy test of the Nursing Diagnostics found. For the analysis, the chi-square test was used. The results of the Integrative Revision emerged from the analysis of 14 studies that evidenced the Basic Human Needs of Psychobiology and Psychosocial Care. Therefore, no caregiver was found regarding the psycho-spiritual needs of residents of Therapeutic Residences in Brazil. The original article verified the presence of two Nursing Diagnoses with focus on the problem and nine Nursing Diagnoses of risk that, in this population, referred to the Basic Human Needs psychobiological and psychosocial. It is concluded that the identified needs involve issues associated with the long periods of pre-existing psychiatric hospitalization and negatively affect the health of the residents. It is necessary to integrate the resident, the community, the care network and, in particular, the Family Health Strategy, in order to prevent injuries and intervene in the identified needs, preventing Nursing Diagnostics with a focus on the problem from worsening and Risk Nursing Diagnoses become focused on the problem, thus highlighting the importance of a nursing care systematized through the Nursing Process.

Key-words: Assisted dwellings. Mental Health Services. Deinstitutionalization. Nursing Diagnostics.

RESUMEN

Residencias Terapéuticas o Servicios Residenciales Terapéuticos son casas insertadas en la comunidad y que tienen como habitantes individuos con trastornos mentales, egresados de internaciones psiquiátricas de larga permanencia, sin soporte social y con lazos familiares ausentes o fragilizados que inviabilizan su inserción social por la familia. En ese contexto, se percibe la necesidad de una asistencia de enfermería, orientada a la atención integral de la persona con trastorno mental, comprendida en sus aspectos biológicos, psíquicos, sociales y espirituales, por medio de un cuidado sistematizado de enfermería. De lo expuesto, se objetivó analizar los Diagnósticos de Enfermería más prevalentes en moradores de las Residencias Terapéuticas, basados en la Taxonomía II de la NANDA-I. Para basar la disertación se elaboró un artículo de Revisión Integrativa con el objetivo de caracterizar las demandas de cuidados de residentes de Servicios Residenciales Terapéuticos a la luz de la teoría de las Necesidades Humanas Básicas. La búsqueda se realizó en las bases Scopus, Cinahl, Lilacs, Bdenf y PubMed. Se incluyeron artículos originales publicados entre 2002 y 2015, en inglés, portugués o español. El artículo original surgió de la base de datos proveniente de un estudio transversal de muestra censal, realizado con 190 habitantes de ambos sexos de 31 Servicios Residenciales Terapéuticos de Recife-PE. Para la recolección de datos, realizada entre enero y julio de 2015, fue construido y utilizado un instrumento de recolección de datos usando el referencial teórico del Modelo Analítico de Risner. Este modelo se divide en dos etapas: fase de análisis de los datos y síntesis; y la construcción redactiva de Diagnósticos de Enfermería, de acuerdo con una taxonomía. A continuación, los expertos aplicaron la prueba de precisión de los Diagnósticos de Enfermería encontrados. Para el análisis se utilizó la prueba de chi-cuadrado. Los resultados de la Revisión Integrativa surgieron del análisis de 14 estudios que evidenciaron las Necesidades Humanas Básicas psicobiológicas y psicosociales, no siendo encontradas, por lo tanto, cuidador relativo a las necesidades psicoespirituales de moradores de Residencias Terapéuticas de Brasil. El artículo original constató la presencia de dos Diagnósticos de Enfermería con foco en el problema y nueve Diagnósticos de Enfermería de riesgo que en esta población se refirieron a las Necesidades Humanas Básicas psicobiológicas y psicosociales. Se concluye que las necesidades identificadas involucra cuestiones relacionadas con los largos períodos de internamiento psiquiátrico pregreso y afectan negativamente la salud de los habitantes. Es necesario la integración del morador, comunidad, red de asistencia y, en especial, de la Estrategia Salud de la Familia, con el fin de prevenir agravios e intervenir en las necesidades identificadas, previniendo que los Diagnósticos de Enfermería con foco en el problema se agraven y que los Los diagnósticos de enfermería de riesgo se centran en el problema, resaltando así la importancia de una asistencia de enfermería sistematizada a través del proceso de enfermería.

Palabras-clave: Viviendas asistidas. Servicios de Salud Mental. Desinstitucionalización. Diagnósticos de Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

CAPÍTULO DE PERCURSO METODOLÓGICO - ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA

Figura 1: Processo de seleção dos artigos para construção de Revisão Integrativa. Recife-PE, 2015.....	46
Quadro 3: Descrição dos artigos selecionados quanto ao objetivo, principais resultados e Necessidades Humanas Básicas. Recife, 2015.....	49

LISTA DE QUADROS

CAPÍTULO DE RESULTADOS – ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA

Quadro 1: Artigos encontrados por meio dos cruzamentos de descritores aos pares em cada base de dados.....	44
Quadro 2: Descrição dos artigos selecionados quanto ao título, ano, base de dados, periódico e nível de evidência. Recife, 2015.....	48
Quadro 3: Descrição dos artigos selecionados quanto ao objetivo, principais resultados e Necessidades Humanas Básicas. Recife, 2015.....	49

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO DE RESULTADOS – ARTIGO ORIGINAL

01	Tabela: Caracterização sociodemográfica de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos de Recife-PE, 2015.....	66
03	Tabela: Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem nos moradores das Residências Terapêuticas de acordo com as Necessidades Humanas Básicas. Recife, 2016.....	67
04	Tabela: Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem com as respectivas Características Definidoras ou fatores de risco. Recife, 2016.....	68
05	Tabela: Distribuição da classificação dos Diagnósticos de Enfermagem mais prevalentes segundo a faixa etária e escolaridade. Recife, 2016.....	71
06	Tabela: Distribuição da classificação dos Diagnósticos de Enfermagem segundo o número de internamentos em hospitais psiquiátricos, a duração do último internamento e tempo de Residência Terapêutica dos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Recife, 2016.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica;

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária;

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária;

AVD – Atividades de Vida Diária;

CAPS – Centros de Atenção Psicossocial;

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

DCNT – Doenças Crônicas Não-Transmissíveis;

DE – Diagnóstico de Enfermagem;

DECS - Descritores em Ciências da Saúde;

DS – Distrito Sanitário;

ESF – Estratégia Saúde da Família;

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde;

MESH - Medical Subject Headings;

NAI – Núcleo de Atenção ao Idoso;

NHB – Necessidades Humanas Básicas;

OMS – Organização Mundial de Saúde

PE – Processo de Enfermagem;

PVC – Programa de Volta para Casa;

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial;

RI – Revisão Integrativa;

RT – Residência Terapêutica;

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem;

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos;

SUS – Sistema Único de Saúde;

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

TR – Técnico de Referência;

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco;

USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	OBJETIVO.....	23
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
3.1	Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).....	24
3.2	Enfermagem em Saúde Mental.....	25
3.3	Processo de Enfermagem.....	28
3.4	Processo histórico e conceitual da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.....	30
4	MÉTODO (ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA).....	33
4.1.1	PRIMEIRA ETAPA: IDENTIFICAÇÃO DO TEMA E SELEÇÃO DA HIPÓTESE/ ELABORAÇÃO DA QUESTÃO NORTEADORA DE PESQUISA.....	33
4.1.2	SEGUNDA ETAPA: BUSCA OU AMOSTRAGEM NA LITERATURA.....	33
4.1.3	TERCEIRA ETAPA: COLETA DE DADOS.....	34
4.1.4	QUARTA ETAPA: ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS.....	35
4.1.5	QUINTA ETAPA: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	35
4.1.6	SEXTA ETAPA: APRESENTAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA.....	35
4.2	MÉTODO (ARTIGO ORIGINAL).....	35
4.2.1	TIPO DE ESTUDO.....	35
4.2.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	36
4.2.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	36
4.2.4	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	37
4.2.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	40
4.2.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	40
5	RESULTADOS.....	41
5.1	ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA: DEMANDAS DE CUIDADOS DE MORADORES DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS: À LUZ DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS.....	41

5.2	ARTIGO ORIGINAL: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE MORADORES DE SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS Á LUZ DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS	
	BÁSICAS.....	58
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	86
	REFERÊNCIAS.....	88
	APÊNDICES.....	94
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	95
	ANEXOS.....	99
	ANEXO 1 – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO USO DE DADOS.....	100
	ANEXO 2 – TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE.....	101
	ANEXO 3 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ADICIONAL.....	102
	ANEXO 4 – ESCALA DE ACURÁCIA.....	103
	ANEXO 5 – PARECER DE APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP).....	105

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal Brasileira, em seu artigo 196, traz a saúde como direito inerente a todos os indivíduos, tendo o Estado como o principal responsável pela garantia de sua concretização.¹ Ademais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) conceitua a saúde como sendo o completo bem-estar físico, mental e social.² Nesta conjuntura, surgem as pessoas com transtorno mental que, historicamente, tiveram seu direito de liberdade perdido e suas garantias à assistência limitadas por uma política de Estado isoladora e institucionalizadora.

Os relatos da loucura são marcados pela internação, estigmatização, exclusão social e asilamento. Por muitos anos, os loucos foram afastados e isolados do convívio com a sociedade. O extenso período de institucionalização definiu o cidadão como um pedaço do manicômio, que cronifica e dificulta a capacidade do indivíduo conviver com o universo fora das paredes hospitalares.³

O surgimento do movimento de Reforma Psiquiátrica brasileiro é contemporâneo ao início do movimento sanitário, na década de 1970.⁴ Ambos os movimentos sugeriram e defenderam modificações no sistema de saúde e na assistência, protegendo um modelo de cuidados que atuasse diretamente para a coletividade, dando força ao controle social e obtendo um olhar especial para o protagonismo dos trabalhadores da saúde e da sociedade civil, usuária dos serviços.^{4,5}

Com o início da Reforma Psiquiátrica no Brasil, foram implementadas novas propostas e possibilidades de assistência às pessoas com transtorno mental. Dessa maneira, buscou-se garantir a execução dos seus direitos a cidadania. Tais propostas, em 2001, foram ratificadas pela Lei nº 10.216, que reorienta a política de saúde mental no Brasil, priorizando a proteção e os direitos desses indivíduos.⁶

Com a instalação e segmento do processo de desinstitucionalização, gradativamente, percebe-se o aparecimento de um grupo de pessoas clinicamente estáveis em sua condição psiquiátrica, porém, sem laços familiares e afetivos disponíveis e preparados para recebê-los na comunidade.

Frente a esta situação, foi criado, por meio da portaria nº 106 de 2000, pelo Ministério da Saúde, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) em saúde mental. Estes dispositivos são casas introduzidas na comunidade, voltadas aos portadores de transtornos mentais,

advindos de longas internações psiquiátricas, sem apoio social e com vínculos familiares inexistentes ou fragilizados que impossibilitassem sua inserção social⁷.

Os SRT recebem o apoio dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das Unidades de Saúde da Família (USF) do território e dispõem de cuidadores de ensino superior e técnico para atender as demandas do dia a dia de cuidado⁸. Estão em funcionamento, atualmente, mais de 600 Residências Terapêuticas (RT) no Brasil⁹.

A partir dessa nova perspectiva da saúde mental, o processo de ressocialização da pessoa com transtorno mental começa a instigar a necessidade de novas reflexões e práticas dos profissionais de saúde. Para atuar nesse novo modelo de atenção à saúde mental, conforme proposto pela Reforma Psiquiátrica, é importante que o enfermeiro construa uma nova posição, deslocando-a da posição atribuída e assumida de vigia e repressor, para uma posição de agente terapêutico. Tal posição implica um cuidado que transcende o acolher com garantias de alimento, de vestimenta e de medicação¹⁰.

Nesse sentido, a saúde mental proporciona à enfermagem novos desafios e buscas por aprimoramento do cuidado e práticas de saúde. Em meio ao público atendido pela saúde mental, os moradores dos SRT despertam a necessidade de uma maior participação e envolvimento do profissional enfermeiro na prestação de cuidados e orientações, com vistas a manutenção contínua e eficaz da saúde na melhoria da qualidade de vida. Sendo assim, atua também na prevenção de patologias secundárias ao transtorno psiquiátrico do morador por consequência da não realização do cuidado de enfermagem ou realização incorreta do mesmo¹¹.

Diante do exposto, percebe-se a importância de uma assistência sistematizada que garanta uma atenção integral à pessoa com transtorno mental, compreendendo-a em seus aspectos biológicos, psíquicos, sociais e espirituais, por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A SAE é uma prática ou uma implantação usada para um planejamento, uma execução e avaliação do cuidado, de fundamental importância do trabalho do enfermeiro. Vem sendo utilizada nos últimos anos fundamentada no Processo de Enfermagem (PE) para instrumentalizar a resolução de problemas dos pacientes e tornar o cuidado individualizado, além de embasar e fundamentar, cientificamente, as ações do enfermeiro¹².

No entanto, percebe-se que a SAE é especialmente negligenciada no cenário da saúde mental, considerando o déficit de preparo do profissional enfermeiro; a rotina dos serviços

substitutivos, com um grande número de pacientes, por serem serviços abertos e comunitários do Sistema Único de Saúde (SUS); a dificuldade do enfermeiro em trabalhar na equipe multidisciplinar; e a dificuldade dos enfermeiros identificarem seu papel, diferenciando-se dos outros membros da equipe¹³.

Diante da mudança no modelo de assistência e criação de serviços substitutivos, ainda persistem alguns equívocos quanto ao reconhecimento da função exercida pelos enfermeiros junto à equipe multidisciplinar nestes serviços, ficando, muitas vezes, indefinido o espaço e a atuação do enfermeiro no contexto interdisciplinar. No entanto, confia-se que à medida que existirem mais discussões e estudos em relação ao trabalho da enfermagem nesses serviços de reabilitação psicossocial, esse entendimento poderá ser estendido¹⁴.

A enfermagem, dentro da área da saúde mental, tem tanto o papel de prestar assistência direta ao paciente em crise como também de promover a readaptação do mesmo à sociedade. Para isso, torna-se necessário que o enfermeiro planeje suas ações antes de implementá-las. Logo após a implementação, devem-se avaliar os resultados para saber a eficácia ou não da ação e, caso necessário, possa modificá-la. Todas essas etapas compreendem o PE¹⁵.

A inserção do PE oferece a possibilidade de prestação de assistência individualizada, holística e humanizada, de forma a nortear o enfermeiro nas decisões que devem ser tomadas diante do seu exercício profissional¹⁶. De acordo com a resolução nº 358 de 2009 do Conselho Federal de Enfermagem, o PE deve ser desenvolvido de forma determinada e metódica, em todos os locais, públicos ou particulares, em que acontece o cuidado da equipe de enfermagem¹⁷.

O PE é dividido em cinco etapas, são elas: investigação, que inclui o histórico de saúde do paciente juntamente com o exame físico; Diagnóstico de Enfermagem (DE), no qual o enfermeiro vai utilizar os problemas identificados definindo-os de acordo com uma taxonomia; planejamento, em que vão ser designadas as prioridades do cuidado para cada paciente e a seleção das intervenções; implementação, o qual serão executadas as ações de enfermagem identificadas e, por último, a avaliação, em que será determinado se os objetivos foram alcançados e os resultados obtidos. Embora existam etapas específicas, o PE, é, na verdade, um ciclo. Após a avaliação, volta-se à investigação, de modo a determinar as respostas do paciente aos cuidados¹⁸.

A etapa DE é um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade aos problemas de saúde reais ou potenciais ou aos processos vitais. Ele fornece a base para a seleção de intervenções para alcançar os resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. É considerado um nome dado pelo enfermeiro a uma decisão acerca de um fenômeno que é o foco da intervenção de enfermagem e vai permitir ao enfermeiro planejar, executar e avaliar o cuidado, de forma a melhorar, assim, a qualidade dos serviços prestados e, conseqüentemente, a qualidade de vida do cliente¹⁹.

Com isso, considera-se que a caracterização de DE em populações específicas vem se tornando mais relevante na medida em que os resultados são avaliados²⁰. No tocante aos moradores das RT, os DE servirão para o planejamento das intervenções de enfermagem para esta população através do método científico, estabelecendo quais são os resultados esperados, assim como os meios para atingi-los.

Atualmente, a enfermagem possui sistemas de classificação para o desenvolvimento do DE, entre eles destaca-se a Taxonomia II da NANDA-I, a qual tem como objetivo padronizar a linguagem e a comunicação entre enfermeiro e equipe de enfermagem. Além de otimizar o tempo na elaboração dos DE, permite que o enfermeiro passe mais tempo nas atividades assistenciais²¹.

Torna-se importante ressaltar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) como um elemento que é utilizado nos serviços substitutivos por toda a equipe e que é compreendido como uma estratégia de cuidado planejado por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está introduzido²².

Destaca-se que as teorias de enfermagem podem ser consideradas aportes epistêmicos essenciais à formação do saber e à prática profissional, porquanto têm dado auxílio na direção dos modelos clínicos da enfermagem e têm proporcionado que os profissionais relatem e esclareçam aspectos da realidade assistencial, dando suporte no desenvolvimento da tríade teoria, pesquisa e prática na área²³.

Com isso, de acordo com o artigo 3º da resolução nº 358/2009, o PE deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de DE e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados¹⁶. Neste contexto, faz-se alusão à Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Horta, a qual preconiza a análise do

indivíduo de maneira integral, considerando as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais²⁴.

Assim, neste estudo, adotou-se o referencial teórico de Wanda Horta, que fundamenta-se no atendimento das NHB do indivíduo, família ou comunidade. É um modelo que permite a avaliação do indivíduo como um todo, levando em consideração os aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais²⁴. Diante disto, a escolha desta teoria foi baseada no morador como um ser humano único que precisa ter suas necessidades básicas atendidas, de acordo com suas expectativas, respeitando o seu estilo de vida e considerando o seu contexto familiar ou da comunidade ao redor.

De modo a subsidiar o cuidado individualizado aos pacientes e o desenvolvimento e aperfeiçoamento do pensamento crítico pela equipe de cuidadores, por saber que existem poucos estudos envolvendo a identificação de DE em moradores de SRT, a presente dissertação se propõe a responder a seguinte pergunta: quais são os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes na população de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos da cidade do Recife-PE?

Esta dissertação foi elaborada segundo as normas de apresentação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)²⁵ e é composta por seis capítulos:

O primeiro capítulo refere-se à introdução de conceitos fundamentais para o entendimento da motivação em desenvolver este estudo. O segundo capítulo refere-se aos objetivos gerais e específicos.

No terceiro capítulo, encontra-se o referencial teórico que discute quatro subtópicos: 1) Serviços Residenciais Terapêuticos; 2) Enfermagem em saúde mental; 3) O processo de enfermagem; 4) O processo histórico e conceitual da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.

O quarto capítulo detalha o método seguido para a elaboração e execução da dissertação. Este capítulo foi dividido em dois subtópicos: o primeiro para a descrição do método do estudo de revisão integrativa da literatura e o segundo para a descrição do método empregado no artigo original que trata dos resultados da pesquisa de campo.

No quinto capítulo, encontram-se os resultados de pesquisa estruturados em dois artigos. O artigo de revisão integrativa que aborda as demandas de cuidados dos moradores

das SRT e um artigo original que trata da identificação dos diagnósticos de enfermagem nos moradores das SRT.

Os dados do artigo original são um recorte do projeto mestre intitulado “Serviços de Residências Terapêuticas: demandas de cuidado para enfermagem”, desenvolvido com o objetivo geral de investigar as demandas de cuidado, para a enfermagem, evidenciadas no cotidiano dos moradores dos SRT e deu-se em três fases: 1. Estudo quantitativo com os moradores no intuito de investigar as demandas de cuidado que estes relatam e apresentam; 2. Estudo qualitativo com os cuidadores dos SRT objetivando identificar quais eram as demandas de cuidados nesta população; e 3. Avaliação do ambiente físico dos SRT com o intuito de identificar possíveis riscos para agravos à saúde. Para esta dissertação foram utilizados apenas os dados da fase 1 do projeto mestre.

No sexto capítulo, encontram-se apresentadas as considerações finais da dissertação, limitações do estudo, sugestões para próximos estudos e condutas direcionadas a esta população.

2 OBJETIVO

- Analisar os principais Diagnósticos de Enfermagem identificados em moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos, baseados na Taxonomia II da NANDA-I.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Serviços Residenciais Terapêuticos

A Reforma Psiquiátrica brasileira teve início no final da década de 1970, propondo uma reestruturação das políticas públicas. É um movimento sócio-político, que ocorre no âmbito da saúde pública. Do ponto de vista da gestão de políticas públicas, se consolida tendo por base uma legislação em saúde mental iniciada em 1990, com a Declaração de Caracas²⁶, com vistas à mudança de valores e práticas sociais para uma melhor condição de vida dos pacientes psiquiátricos²⁷.

As décadas de 1980 e 1990 são consideradas importantes marcos em relação às discussões pela reestruturação da assistência psiquiátrica no país. Neste período, a Reforma Psiquiátrica tinha como um dos seus principais objetivos a humanização do atendimento ao paciente que se encontrava internado no hospital psiquiátrico, desencadeando o resgate da cidadania, a singularidade dos sujeitos em sofrimento e a criação dos serviços substitutivos²⁸.

Entre os dispositivos substitutivos criados pela Reforma Psiquiátrica, os CAPS em seus diferentes níveis de complexidade e os SRT representam, na prática, a alternativa a substituição do internamento psiquiátrico de longo prazo, trazendo o acompanhamento daqueles pacientes para o ambiente da comunidade. Estes dispositivos têm por objetivo levar ao usuário do sistema as novas propostas de tratamento e cuidado já que até, então, os indivíduos com transtornos mentais crônicos eram candidatos ao modelo manicomial²⁹.

O SRT ou Residência Terapêutica (RT) ou simplesmente “moradia”, são casas localizadas no espaço urbano, regidas pela portaria n° 106/200, que visam dar suporte e apoio necessário às pessoas que, depois de longa permanência em instituição psiquiátrica asilar, não contavam com suporte familiar ou de qualquer outra natureza. Constituem-se, portanto, como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos³⁰.

Outras políticas oficiais dão sustentação as RT, como a lei federal n° 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos dos portadores de transtornos mentais; a lei federal n° 10.708/2003, que institui o auxílio para pacientes egressos de internações psiquiátricas através do Programa de Volta para Casa (PVC); as portarias n° 52 e n° 53/2004, que estabelecem um programa de redução progressiva de leitos psiquiátricos no país; e a portaria n° GM 2.068/2004, que institui incentivo aos municípios de R\$ 10 mil para a implantação de SRT³¹.

Atualmente, também foi estabelecido, pela Portaria nº 3.090/2011, modalidades para a habilitação das moradias em tipo I e tipo II. Os SRT tipo I são moradias que devem proporcionar espaços de construção de autonomia para retomada da vida cotidiana e reinserção social dos (as) usuários (as) que não necessitem de cuidados intensivos do ponto de vista da saúde em geral. Os SRT tipo II, da mesma forma, são moradias que devem proporcionar espaços de construção de autonomia para a retomada da vida cotidiana e reinserção social dos (as) usuários (as) que necessitam de cuidados intensivos específicos do ponto de vista da saúde em geral e que demandam ações mais diretas com apoio técnico diário e pessoal, de forma permanente³².

Cada RT deve ter, pelo menos, um profissional de nível superior da área da saúde mental e dois profissionais de nível médio, com experiência ou capacitação específica em atenção psicossocial. Ao profissional de nível superior cabe a função de ser a referência técnica da casa, supervisionando diariamente as atividades e o processo de reinserção dos moradores. Por sua vez, os profissionais de nível médio atuam como cuidadores e auxiliares diretos na reinscrição social⁸.

Os SRT devem ter condições de oferecer moradia e suporte profissional às pessoas portadoras de transtorno mental; ter capacidade para receber de um a oito moradores por unidade; dispor de profissionais capacitados para atender às demandas e necessidades de cada morador; além de serviços de atendimento em rede para as necessidades emergenciais⁹.

Os moradores são acompanhados pela equipe do CAPS, a qual busca atender às necessidades de cada morador. O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários⁸.

Diante do exposto, destaca-se a importância dos profissionais de saúde nos SRT, mais especificamente os enfermeiros, pois a enfermagem é uma profissão bastante ampla, que abrange diversas áreas de atuação, cada uma delas designadas a uma forma de cuidar individualizada, tornando este morador um ser único.

3.2 Enfermagem em Saúde Mental

Como ciência, a enfermagem tem um corpo de conhecimento que se desenvolve de forma independente, mas ao mesmo tempo complementar às demais áreas de saúde, no sentido de apreender o cuidado em saúde como um fenômeno complexo e multidimensional³³.

O enfermeiro, na história da psiquiatria, a todo o momento esteve presente nos hospitais psiquiátricos. Nestes, a enfermagem exercia a profissão de maneira disciplinadora, focalizada no comportamento divergente, de higiene social, física, como também, de controle social³⁴.

Com a instalação da Reforma Psiquiátrica e por conseguinte, com a diminuição dos leitos nos hospitais psiquiátricos e uma mudança no atendimento comunitário, o profissional de enfermagem passou a demonstrar maiores dificuldades para se posicionar na sua especialidade, ao se distanciar das instituições de psiquiatria e das tarefas assistenciais, voltando-se essencialmente ao âmbito administrativo³⁵.

Com a implantação dos serviços substitutivos, o enfermeiro depara-se com a contingência de rever seu objeto de trabalho e expande o cuidado para além da remissão dos sintomas. Desse modo, as práticas assistenciais do enfermeiro, outrora restringidas à contenção, vigilância e medicações, hoje estão relacionadas a atividades mais complexas, tanto individuais, como coletivas, focadas para o relacionamento terapêutico e à educação em saúde³⁶.

O enfermeiro está inserido na equipe multiprofissional que compõe o CAPS. É responsável pelas atividades com objetivos terapêuticos de modo individual e/ou coletivo, com uso de métodos de comunicação e escuta ativa. Além disso, exerce função importante de educador ao fazer ações educativas para as equipes, pacientes e familiares³⁷.

O enfermeiro que apresenta atuação na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) deve executar o cuidado direcionado para a humanização, com vistas à reinserção social e a liberdade do indivíduo. Todavia, suas posturas necessitam ser distanciadas cada vez mais do modelo manicomial, de modo a superar as intervenções centralizadas basicamente no zelo e na proteção desse indivíduo do mundo exterior, para conquistar com isso, a autonomia e a reintegração de uma vida com funcionalidade na sociedade³⁶.

Com a progressiva desinstitucionalização, resultante do processo da Reforma Psiquiátrica, o indivíduo com transtorno mental encontra-se em todos os contextos do cuidar, até mesmo na comunidade, em que, o enfermeiro da ESF assume responsabilidade sanitária do território. Desse modo, para o fortalecimento da enfermagem, do processo de desinstitucionalização e do cuidado em saúde mental, é primordial que exista um maior vínculo entre o enfermeiro e o indivíduo com transtorno psiquiátrico³⁸.

Na Atenção Básica, principal porta de entrada aos serviços de saúde no território, o enfermeiro é um importante componente da equipe multiprofissional, proporcionando cuidado de maneira autônoma e coadjuvante às pessoas em qualquer idade, grupos, comunidades, saudáveis ou enfermas em todo o seu campo de atuação. Dentre suas principais atribuições, inclui-se promoção da saúde, prevenção de doenças e o cuidado de doentes incapacitados³⁸.

No tocante aos portadores de transtornos mentais graves, a assistência na atenção primária é fundamental para assessorar no processo de reabilitação e manutenção desses pacientes, de modo a deixá-los mais independentes em suas Atividades de Vida Diária (AVD), pelo manejo da doença psiquiátrica no contexto da comunidade e prevenção da ocorrência de internamentos psiquiátricos evitáveis ou desnecessários^{39,40}.

Entender o transtorno mental exige do enfermeiro a capacidade de escutar as necessidades do outro, relacionar saberes e realizar práticas de saúde que envolva o paciente de transtorno mental como ator social^{41,42}. Pacientes psiquiátricos precisam ser orientados e incentivados a exercer atividades de autocuidado, já que, nos períodos de crise, esses indivíduos podem não conseguir voltar a atenção para o seu cuidado, carecendo das ações da equipe de enfermagem ou dos familiares⁴³.

Para tal, a educação em saúde é um método fundamental para promoção da independência do indivíduo, podendo ser executada por meio do diálogo e fornecimento de informações relativo ao transtorno, tratamento e autocuidado⁴⁴. Tal estratégia proporciona a manifestação de sentimentos e respeito às emoções de cada um, além de consentir o aprofundamento das discussões direcionadas à saúde, novas técnicas para vencer dificuldades e a conviver de maneira equilibrada com sua situação de saúde⁴⁵.

Dessa maneira, na enfermagem, é primordial agregar o saber a implementação das ações em prática, de acordo com as ferramentas de conhecimento científico e da percepção das necessidades dos pacientes⁴³. Com a educação em saúde executada de maneira sistemática, o enfermeiro colabora positivamente para a formação de indivíduos habilitados para agir em favor da melhora da sua saúde, tornando-os pessoas mais autônomas, diminuindo suas incapacidades, minimizando o sofrimento e promovendo o autocuidado⁴².

Diante disto, o enfermeiro precisa estar preparado para as demandas do seu território de atuação, seja essa demanda no CAPS, na Atenção Básica ou SRT, onde esta encontra-se na comunidade e faz parte da RAPS, principalmente devido à complexidade que representa um indivíduo com transtorno mental grave. Considera-se de grande importância a execução do PE

na área da saúde mental, pois esta prática proporciona melhor organização do trabalho de enfermagem e busca melhores resultados ao usuário e família.

3.3 Processo de enfermagem

O PE surge como uma forma de consolidação da assistência, como método que favorece a organização do cuidado e a prática baseada em método científico. O indivíduo é visto de forma individual, segura e humanizada. Suas necessidades são reavaliadas constantemente, o que favorece o aperfeiçoamento do processo de trabalho de enfermagem⁴⁶.

O PE é um método de trabalho científico que levanta as situações de saúde e identifica os DE para nortear o planejamento do cuidado (prescrição de enfermagem), com vistas a contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade⁴⁷.

O PE é um dos instrumentos básicos utilizados na prática de enfermagem. Consiste em uma tecnologia em saúde, cujo objetivo é direcionar o cuidado de modo integral no atendimento às necessidades das pessoas⁴⁸. A aplicação do PE busca identificar e tratar os problemas do cliente, de forma segura e eficaz. Como resultado, os enfermeiros fazem julgamentos críticos e DE, planejando, implementando e avaliando as ações realizadas, proporcionando segurança ao cliente⁴⁷.

A resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 358/2009, dispõe sobre a SAE e a implementação do PE em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem. Deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, baseado num suporte teórico que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados¹⁷.

Considerado de grande importância no PE, a segunda etapa é a investigação dos dados coletados quando são analisados e interpretados, gerando DE precisos e individuais. Nessa fase, é necessário um processo intelectual complexo, habilidades cognitivas, experiência e conhecimento científico, no qual o enfermeiro faz julgamentos e interpretações sobre os dados objetivos e subjetivos dos pacientes²⁰.

A classificação de DE mais difundida no Brasil, é a da NANDA-I, sendo desenvolvida a partir do trabalho de um grupo de enfermeiras norte-americanas e canadenses, que, na década de 1970, iniciaram estudos com a preocupação de construir uma terminologia que referisse os problemas de saúde do cliente pelos quais tinham responsabilidade profissional⁴⁹.

A NANDA contribui de forma significativa para o desenvolvimento e refinamento dos DE, de modo a desenvolver um sistema conceitual para classificar os diagnósticos em uma taxonomia, padronizando a linguagem usadas pelos enfermeiros²¹.

A Taxonomia da NANDA Internacional compreende três níveis: 13 domínios, 47 classes e 239 Diagnósticos de Enfermagem. A NANDA classifica e conceitua DE como um “julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais”, acrescentando que ele embasa a seleção das ações de enfermagem pertinentes para o alcance dos resultados esperados²¹.

Os sistemas de classificação de DE são importantes para todos os níveis da prática de enfermagem. Eles facilitam a comunicação e oferecem linguagem padronizada, de modo a promover a troca de informações entre a equipe de enfermagem e contribuir para a continuidade da assistência⁵⁰. Os DE devem ser identificados e listados em ordem de prioridades, com base no grau de ameaças em nível de bem-estar do cliente, a fim de proporcionar um foco central para as etapas subsequentes²⁰.

Para identificar um DE, começa-se com a investigação, levantamento de dados ou obtenção da história de indivíduos, famílias ou comunidades. As características passíveis de observação e de verificação obtidas serão denominadas características definidoras e terão fatores relacionados que apresentam alguma relação padronizada com os DE. O enunciado do DE transmite uma combinação das características definidoras e fatores relacionados e deve se adaptar aos dados coletados inicialmente²¹.

Cada DE possui descrição clara e precisa de seu significado. Eles variam de acordo com o tipo de resposta do indivíduo, família e comunidade, sendo divididos em quatro tipos²¹:

- Diagnósticos com foco no problema: descrevem respostas humanas a condições de saúde/processos vitais existentes em um indivíduo, família ou comunidade, sendo sustentados pelas características definidoras que se agrupam em padrões de indícios ou inferências relacionadas.

- Diagnósticos de risco: descrevem as respostas humanas a condições de saúde/processos vitais passíveis de se desenvolverem em indivíduo, família e comunidade vulnerável.

- Diagnósticos de promoção da saúde: é um julgamento clínico da motivação e do desejo de um indivíduo, família e comunidade de aumentar o bem-estar e concretizar o potencial de saúde humana.

- Síndromes: conjunto de sinais e sintomas, que quase sempre ocorrem juntos. Unidos, eles representam um quadro clínico distinto.

É necessário que os enfermeiros compreendam a linguagem utilizada para os DE, a fim de favorecer o entendimento sobre os fenômenos ocorridos nos clientes que cuidam, auxiliar a proposição de intervenções de enfermagem e a avaliação dos resultados obtidos⁵¹.

3.4 Processo histórico e conceitual da Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta

O desenvolvimento das teorias de enfermagem é a base para a sustentação da prática profissional da enfermagem, além da inserção de discursos filosóficos para elaboração de estratégias adequadas, de maneira a delinear os pressupostos do cuidado humano⁵².

Assim, neste estudo, adotou-se o referencial teórico de Wanda Horta, que fundamentou-se no atendimento das necessidades humanas básicas do indivíduo, família ou comunidade. É um modelo que permite a avaliação do indivíduo como um todo, levando em consideração os aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais²⁴. A escolha desta teoria deu-se por ser considerada adequada à atenção ao morador das SRT, uma vez que o identifica como um ser humano único que precisa ter suas necessidades básicas atendidas, de acordo com suas expectativas. Não basta satisfazer os desejos do morador, é preciso que respeite o seu estilo de vida considerando o contexto familiar ou da comunidade ao redor, no caso a RT.

A enfermagem inquieta-se com quatro conceitos primordiais: a pessoa, a saúde, o ambiente e a enfermagem. Unidos, eles constituem o metaparadigma da enfermagem⁵³. Horta define o ser humano (indivíduo, família e comunidade) como sendo parte componente do universo dinâmico e tem habilidade de reflexão, imaginação, com unicidade, autenticidade e individualidade. Essa dinâmica estimula modificações que induzem ao estado de equilíbrio e desequilíbrio. Para Horta, saúde é estar em equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço, e doença é consequência de necessidades não atendidas ou atendidas de maneira inadequada²⁴

O fato do conhecimento emergir das experiências, leituras, relacionamentos vivenciados na rotina e de mostrar a incorporação de novas compreensões da realidade demonstradas por conceitos sobre um fenômeno ou fato, possibilita classificá-lo em: empírico, como sendo aquele que surge das experiências do senso comum; filosófico, como originado das reflexões humanas ao especular fenômenos subjetivos; teológico, como advindo

das crenças e concepções de vida; e científico, que se estrutura numa abordagem sistemática a respeito de um fenômeno numa dada realidade. Então, os significados dos conceitos são entendidos apenas dentro de uma estrutura teórica da qual fazem parte⁵⁴.

Horta baseou-se na teoria da motivação humana de Maslow, que se fundamenta nas necessidades humanas básicas. Partindo dessa teoria, Horta reproduziu o conceito de enfermagem²⁴:

“Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado, de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais.”

Horta destaca que as funções do enfermeiro podem ser divididas em três áreas diferentes: a área específica, ou seja, assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas e ensinar o autocuidado; a área de interdependência, que se refere à manutenção, promoção e recuperação da saúde; e a área social, que compreende ensino, pesquisa, administração, responsabilidade legal e participação nas associações de classe²⁴.

Para a autora, necessidades humanas básicas são estados de tensões conscientes ou inconscientes resultantes dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais. São frequentes a todos os indivíduos e acontece variação de um indivíduo para o outro na capacidade de manifestação e no modo como são satisfeitas e atendidas. Alguns fatores interferem na sua manifestação e atendimento como: individualidade, idade, sexo, cultura, escolaridade, fatores socioeconômicos, enfermidade e ambiente físico²⁴.

Segundo Maslow, o comportamento humano é explicado por meio de necessidades humanas básicas que são hierarquizadas em cinco níveis: necessidades fisiológicas, de segurança, amor, estima e autorrealização. Para ele, não há satisfação completa ou permanente de uma necessidade, pois, se houvesse, não haveria mais motivação individual²⁴.

Horta utilizou-se da denominação atribuída por João Mohana que classifica as Necessidades Humanas Básicas em três níveis: psicobiológicas (Oxigenação; Hidratação; Nutrição; Eliminação; Sono e repouso; Exercício e atividades físicas; Sexualidade; Abrigo; Mecânica corporal; Motilidade; Cuidado corporal; Integridade cutâneo mucosa; Integridade física; Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica; Crescimento celular, vascular; Locomoção; Percepção: olfativa, visual, tátil, auditiva,

gustativa, dolorosa; Terapêutica); psicossociais (Segurança; Amor; Liberdade; Comunicação; Criatividade; Aprendizagem (educação à saúde); Gregária; Recreação; Lazer; Espaço; Orientação no tempo e espaço; Aceitação; Autorrealização; Autoestima; Participação; Autoimagem e Atenção) e psicoespirituais (Religiosa ou teológica; Ética ou de filosofia de vida)²⁴.

4 MÉTODO

4.1 Artigo de Revisão integrativa: Demandas de cuidado de moradores de residências Terapêuticas à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas

4.1.1 PRIMEIRA ETAPA: IDENTIFICAÇÃO DO PERCURSO METODOLÓGICO E SELEÇÃO DA HIPÓTESE/ ELABORAÇÃO DA QUESTÃO NORTEADORA DE PESQUISA

Estudo do tipo Revisão Integrativa da literatura, que objetivou caracterizar as demandas de cuidados de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos, à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

Este tipo de estudo propõe procurar, avaliar criticamente e reduzir as evidências à disposição sobre o tema pesquisado, elevando a capacidade de generalização dos dados acerca de um fenômeno⁵⁵. Os estudos escolhidos na literatura científica pesquisam problemas iguais ou semelhantes e são analisados de maneira sistemática em relação ao seu objetivo, metodologia, resultados e conclusões⁵⁶.

Para a elaboração da Revisão Integrativa foram seguidas seis etapas: Identificação do tema e elaboração da questão norteadora; Determinação dos critérios de inclusão e exclusão, descritores e a busca na literatura; Análise das informações dos estudos escolhidos; Avaliação dos artigos inseridos no estudo; Interpretação dos resultados; e Síntese do conhecimento⁵⁷.

Para conduzir o estudo elaborou-se o seguinte problema de pesquisa: “Quais as demandas de cuidado existentes nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) evidenciados na literatura no período de 2002 a 2015?”

4.1.2 SEGUNDA ETAPA: BUSCA OU AMOSTRAGEM NA LITERATURA

Para a seleção dos artigos, foram utilizados como critérios de inclusão: ser artigo original; estar escrito nos idiomas português, inglês ou espanhol; ter como tema central o SRT; e ter sido publicado entre 2002 e 2015. Este recorte temporal se justifica pelo fato de ser evidenciado pelo Ministério da Saúde como período de crescimento exponencial dos SRT no Brasil⁵⁸. Foram excluídos os artigos que não respondiam a questão norteadora do estudo.

A coleta de dados ocorreu entre agosto e dezembro de 2015 nas bases de dados SciVerse Scopus (SCOPUS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do

Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Public/Publish Medline (PubMed). As estratégias de busca dos artigos foram adaptadas de acordo com as especificidades de acesso das bases de dados em questão, sendo baseadas na pergunta norteadora e nos critérios de inclusão e exclusão.

Os descritores na língua inglesa utilizados na busca nas bases de dados Scopus, Cinahl e PubMed foram “Mental Health Services”, “Assisted Living Facilities” e “Deinstitutionalization” de acordo com a Medical Subject Headings (MeSH) da U.S. National Library of Medicine (NLM). Os descritores na língua portuguesa foram “Serviços de Saúde Mental”, “Moradias Assistidas” e “Desinstitucionalização”, advindos da base de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) e utilizados para a busca nas bases de dados Lilacs e Bdenf. Em cada base foram feitos os cruzamentos de descritores aos pares e com todos juntos utilizando o operador booleano AND.

4.1.3 TERCEIRA ETAPA: COLETA DE DADOS

Para extração dos dados dos estudos selecionados utilizou-se o instrumento proposto e validado por Ursi que permitiu a sistematização da coleta de dados e a organização dos resultados, sendo composto por: título, ano, autor, objetivos, metodologia e principais resultados⁵⁹. Os artigos foram categorizados segundo os níveis de evidências recomendadas por Stetler e colaboradores (1998)⁶⁰:

- Nível 1, as evidências são advindas de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados;
- Nível 2, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado;
- Nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização;
- Nível 4, evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados;

- Nível 5, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;
- Nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo;
- Nível 7, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

4.1.4 QUARTA ETAPA: ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

Os artigos foram submetidos à análise crítica da qualidade metodológica com o uso do formulário padronizado *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*, que traça diretrizes para a avaliação da qualidade de pesquisas científicas e é composto por: objetivo do estudo, adequação do desenho metodológico, justificativa da metodologia, critério para seleção da amostra, coleta de dados, relação entre pesquisador e pesquisado, aspectos éticos, análise dos dados, apresentação da discussão dos resultados, contribuições e limitações da pesquisa. A escala classifica em: 6 a 10 pontos – boa qualidade metodológica e viés reduzido e menor ou igual a 5 – qualidade metodológica satisfatória, porém com risco de viés aumentado⁶¹.

4.1.5 QUINTA ETAPA: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise e discussão dos dados deu-se a partir da interpretação dos resultados dos formulários utilizados e leitura minuciosa do conteúdo dos artigos na íntegra em consonância com a teoria das Necessidades Humanas Básicas, a saber: Necessidades psicobiológicas, necessidades psicossociais e necessidades psicoespirituais.

4.1.6 SEXTA ETAPA: APRESENTAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA

Apresentação dos resultados e síntese do conhecimento da revisão integrativa consistiu-se em formato de artigo.

4.2 Artigo original: Diagnósticos de Enfermagem de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas

4.2.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo analítico, exploratório e de corte transversal, com abordagem quantitativa. Este tipo de estudo é capaz de pesquisar “causa” e “efeito” de modo simultâneo e

de procurar a associação presente entre a exposição e a doença. Suas vantagens são: baixo custo, simplicidade analítica, alto potencial descritivo e agilidade na coleta acompanhada de clareza na representação de uma população⁶².

Este estudo é um recorte do projeto mestre intitulado “Serviços de Residências Terapêuticas: demandas de cuidado para enfermagem” que teve como objetivo identificar as demandas de cuidado e do perfil de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos do município Recife –PE. Para a elaboração deste estudo utilizou-se o banco de dados gerado pela primeira etapa desta pesquisa, o qual encontra-se disponível no acervo do Grupo de Pesquisas Saúde Mental e Qualidade de Vida no Ciclo vital/CNPq-UFPE. A utilização do banco de dados obteve anuência da coordenadora da pesquisa por meio do termo de autorização do uso de dados (anexo 1) e de compromisso e confidencialidade (anexo 2).

A construção do banco de dados do estudo original ocorreu entre os meses de janeiro e julho de 2015 e foi realizada por uma equipe composta pela pesquisadora e quatro acadêmicas do Curso de Enfermagem da UFPE/Campus Recife. Os dados foram coletados após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da anuência da coordenação dos SRT, das equipes técnicas das residências e dos CAPS de referência. A participação dos moradores na pesquisa foi condicionada à assinatura ou impressão digital no documento Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para os moradores curatelados foi solicitada previamente a assinatura do TCLE por seu responsável legal.

4.2.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo teve como cenário os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) da cidade do Recife. Este município brasileiro, capital do estado de Pernambuco, localiza-se na Região Nordeste do Brasil e apresenta uma área territorial de aproximadamente 218 km², possuindo uma população de 1.617.183 habitantes⁶³. O município possui 31 SRT, divididos da seguinte forma no território: 1 SRT no Distrito Sanitário (DS) I, 6 no DS II, 6 no DS III, 6 no DS IV, 6 no DS V e 6 no DS VI.

4.2.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população estudada foi composta por todos os moradores das Residências Terapêuticas, de ambos os sexos e que residiram até o mês de julho de 2015, totalizando 229 moradores. Foram inclusos moradores dos SRT da cidade do Recife-PE – PE, de ambos os

sexos e foram excluídos do estudo, moradores em internamento hospitalar ou que se encontrasse em outro município durante o período de coleta de dados, moradores que no período da coleta de dados encontravam-se impossibilitados para participar do estudo, por questões de saúde física ou mental, de acordo com a avaliação da equipe técnica e moradores curatelados que não possuíam um curador legal nomeado ou não localizado durante o período de coleta de dados.

A amostra foi do tipo censitária. A opção por este tipo de amostra justifica-se por ser uma população pequena, composta por indivíduos vulneráveis, portadores de individualidades e com diferentes realidades de internamentos de longa duração. Ao serem aplicados os critérios de exclusão, dois moradores estavam internados durante a coleta de dados, três moradores encontrava-se em outra cidade, 13 recusaram participar do estudo e 16 o seu curador legal não assinou o TCLE. Houve perda de cinco moradores por óbito. A amostra final foi de 190 moradores.

4.2.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados baseou-se no Caderno de Atenção Básica nº 19⁶⁴ e o modelo de formulário para atendimento ambulatorial do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI), serviço universitário da UFPE que presta cuidado multiprofissional à idosos⁶⁵, tendo em vista que segundo informações da Prefeitura do Recife - PE, parcela considerável dos moradores se encontrava próximo aos 60 anos de idade ou acima disso.

Foram utilizados no estudo três instrumentos. O primeiro, (Apêndice A) composto por questões fechadas organizadas em blocos por conjuntos temáticos, incluiu dados de caracterização pessoal, hábitos e costumes, anamnese, antecedentes clínicos familiares e pessoais. Também foi utilizado os instrumentos validados Índice de Katz⁶⁶, Escala de Lawton, que avaliam Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e escala de Brody, avaliando Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)⁶⁷(APÊNDICE A).

4.2.8 Variáveis

→ Socioeconômicas

- Idade: em anos completos caracterizado em quatro faixas-etárias 25 a 44 anos, 45 a 53 anos, 54 a 59 anos e 60 anos ou mais. A divisão das três primeiras faixas-etárias

realizou-se por meio dos tercis e a última categoria foi criada de acordo com a idade preconizada pelo estatuto do idoso⁶⁸.

- Escolaridade: Não escolarizado, alfabetizado, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, superior incompleto, superior completo ou mais;
- Contato familiar no último ano: Presentes ou ausentes.

→ Clínicas

- Tempo de internamento no hospital de origem em anos completos e categorizado em: até 2 anos completos, entre 2 e 9 anos e igual ou superior a 10 anos;
- Tempo de residência terapêutica em anos completos categorizado em: até 1 ano completo, entre 1 e 5 anos completos e maior que 5 anos;
- Nº de internamentos psiquiátricos: agrupados em 1 internamento, 2 internamentos, entre 3 e 10 internamentos e mais do que 10 internamentos.

Para o presente estudo foi construído e utilizado um instrumento de coleta de dados usando o referencial teórico do Modelo Analítico de Risner⁶⁹ (ANEXO 3). Este modelo divide-se em duas etapas:

- 1ª etapa: fase de análise dos dados e síntese.

Compreende a categorização dos dados. É o momento mais detalhado, pois organiza as evidências em padrões, confronta padrões com teorias, normas e conceitos, fazendo um julgamento clínico. É a identificação das possibilidades em que sugere as respostas do paciente esperadas pelo enfermeiro(a). Esta etapa termina com a proposição das causas etiológicas que foram responsáveis pelos problemas apresentados pelo morador.

Durante esta etapa foi feita uma análise individual e de maneira detalhada de cada questionário com objetivo de identificar os problemas de saúde de cada morador dos SRT. Os problemas foram listados e organizados em dados convergentes de acordo com a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, que são compreendidas em necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Nas necessidades psicobiológicas foram investigadas os problemas de oxigenação; hidratação; nutrição; eliminação; sono e repouso; exercício e atividades físicas; sexualidade; abrigo; mecânica corporal; motilidade; cuidado corporal; integridade cutâneo mucosa; integridade física; regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular e vascular; locomoção; percepção:

olfativa, visual, tátil, auditiva, gustativa e dolorosa; terapêutica. Nas necessidades psicossociais foram pesquisados os problemas quanto a segurança; amor; liberdade; comunicação; criatividade; aprendizagem (educação à saúde); gregária; recreação; lazer; espaço; orientação no tempo e espaço; aceitação; autorrealização; autoestima; participação; autoimagem e atenção. Nas necessidades psicoespirituais foi averiguada a existência de problemas de religiosidade ou teológico; além da ética ou de filosofia de vida. Ainda nesta etapa, foi realizado a proposição dos fatores relacionados/fatores de risco e das características definidoras.

- 2ª etapa: construção redacional de DE, de acordo com a Taxonomia da NANDA- I²¹.

O DE, baseados nos dados obtidos na 1º etapa, foram elencados da seguinte forma: primeiro realizou-se uma busca nos 13 domínios da NANDA, em seguida analisou-se as classes desses domínios e leu-se os títulos de cada diagnóstico. Após a leitura dos títulos, houve uma análise de cada definição dos diagnósticos e em seguida realizou-se uma comparação entre os fatores relacionados/fatores de risco e as características definidoras, segundo a Taxonomia NANDA-I.

Foi considerado os DE com foco no problema quando apresentavam no mínimo três características definidoras de menor relevância ou uma característica definidora quando esta era muito relevante. E para os diagnósticos de enfermagem de risco, quando apresentavam no mínimo um fator de risco.

Com a identificação dos DE incluindo título, característica definidora ou fator de risco, os mesmos passaram por um processo de validação de conteúdo por dois enfermeiros (pesquisadores responsáveis: orientador e coorientador), denominados peritos, o qual um foi escolhido por possuir experiência de dez anos na prática clínica de saúde mental e o outro por possuir experiência de dez anos em DE. Estes, separadamente, indicaram as características definidoras ou fatores de risco a partir dos problemas elencados.

Em seguida, os peritos aplicaram o teste de acurácia dos diagnósticos encontrados. A acurácia foi definida através da Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem – Dados Escritos (EADE-DE), desenvolvida para estimar o grau com que uma afirmação diagnóstica tem sustentação em um conjunto de informações clínicas escritas do paciente⁷⁰ (ANEXO 4). As respostas dos peritos foram registradas em um formulário. Considerou-se os DE que

obtiveram 100% de concordância entre os pesquisadores. Ao término desta fase foram incluídos no banco original os diagnósticos de enfermagem identificados na população.

4.2.5 ANÁLISE DE DADOS

Os DE foram analisados utilizando-se a estatística descritiva para a prevalência, para os fatores relacionados e para as características definidoras dos DE da taxonomia II da NANDA-I (2015)³⁹. Para essas variáveis, foram calculadas as frequências percentuais e construídas as distribuições de frequência. A eleição dos DE significativamente mais prevalentes na população foi realizada por meio do teste de comparação de proporções. Foi comparada a proporção dos moradores com e sem o diagnóstico e considerado como significativos p-valor <0,05 no teste Qui-Quadrado. Nos casos em que as suposições do teste não foram satisfeitas, houve a aplicação do teste Exato de Fisher. Para todas as conclusões foi considerado o nível de significância de 5%.

4.2.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa atendeu a Resolução 466/12, que trata de pesquisa com seres humanos, respeitando-se o sigilo e a privacidade das informações obtidas durante a pesquisa, sendo as mesmas utilizadas apenas para fins acadêmicos. Obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde/UFPE, com o n° do CAAE: 37085914.0.0000.5208 e parecer de número 859.731 (ANEXO 5). Em tempo, importa ressaltar que foi enviada uma emenda complementar adicionando o procedimento metodológico de identificação e acurácia dos diagnósticos de Enfermagem.

5 RESULTADOS

5.1 Artigo de Revisão Integrativa da Literatura

DEMANDAS DE CUIDADO DE MORADORES DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS À LUZ DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Pereira, MAS¹; Linhares, FMP²; Frazão, IS³

Resumo: Objetiva-se caracterizar as demandas de cuidado de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos, à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados Scopus, Cinahl, Lilacs, PubMed e Bdenf. Os critérios de inclusão para seleção da amostra foram: Artigos publicados entre 2002 e 2015, em inglês, português ou espanhol. Foram excluídas teses, dissertações, monografias, editoriais e artigos de revisão. A amostra foi constituída de 14 artigos que ilustraram as experiências dos cuidados ofertados aos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos. A análise ocorreu na perspectiva de três categorias temáticas: necessidades psicobiológicas, necessidades psicossociais e necessidades psicoespirituais. Nos estudos analisados, as necessidades de cuidado evidenciadas foram predominantemente as psicobiológicas e psicossociais, sendo esta última com maior relevância. As psicoespirituais não foram evidenciadas em nenhum estudo selecionado para a realização desta revisão integrativa. Nesse perspectiva sugere-se a realização de pesquisas com vistas a identificar as demandas clínicas, biológicas e espirituais dos moradores com o objetivo de melhorar tanto a visão dos profissionais envolvidos, como o atendimento das necessidades básicas desse morador da Residência Terapêutica.

Descritores: Moradias assistidas; Serviços de saúde mental; Desinstitucionalização.

Introdução

O Serviço Residencial Terapêutico (SRT), criado pela portaria n° 106/2000¹, é um dispositivo que acolhe os egressos ou não de hospitais psiquiátricos que, por ausência de suporte social e/ou familiar, não apresentam condições de garantia de um ambiente apropriado para moradia. Reinsere socialmente, retomar a autonomia desses indivíduos e estimulá-los a alcançar uma função de agentes ativos de produção de vida são propósitos do SRT. Este pode

acolher de um a oito moradores, com suportes de cuidadores (profissional com nível médio capacitado por uma equipe de referência), a possuir como apoio interdisciplinar o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a Estratégia Saúde da Família (ESF) ou outros serviços de saúde².

Diante disto, percebe-se que a assistência em saúde mental tem se modificado ao longo dos últimos anos e mostrado que é possível cuidar dos indivíduos com transtornos mentais por meio de um modelo de saúde que esteja integrado aos variados níveis de complexidade do sistema de saúde e não somente limitado ao hospital psiquiátrico, que só encarece o setor saúde e atormenta as pessoas que dele necessitam³.

Deste modo, o cuidado é uma união de tecnologias, conexão entre profissionais e ambientes terapêuticos, com o objetivo de satisfazer as necessidades específicas de cada pessoa⁴. Assim, o cuidado deve ser produzido e fundamentado em princípios de dignidade e respeito, focado no convívio com o outro, salientando-se pela isenção de estigmas, credices e preconceitos, bem como valores, atitudes e crenças pessoais⁵.

O processo de cuidar é fundamentado no convívio entre profissional e paciente, especialmente na área da saúde mental, o qual possui ações, atitudes e condutas que podem ser passivos ou ativos. Precisa-se progredir no processo de cuidar do paciente psiquiátrico como ato facilitador de promoção e manutenção da recuperação da autonomia e dignidade, de modo a produzir então, um processo de transformação tanto do profissional, quanto do cliente⁶.

Nesse contexto, dentro do conhecimento epistemológico de enfermagem, as teorias ganharam grande visibilidade e, na área da psiquiatria, o modelo conceitual de Wanda Horta, que fundamenta-se no atendimento das Necessidades Humanas Básicas (NHB) de cada pessoa, se enquadra de maneira eficiente.

Para tal, a teoria das NHB expõe como os desequilíbrios ocasionados pelo não atendimento das necessidades podem interferir no paciente, de modo a explicar que NHB são estados de tensões, conscientes ou inconscientes, consecutivos dos desequilíbrios hemodinâmicos dos fenômenos vitais. Elas são habituais a todos os seres, e alternam entre as pessoas, uma vez que, em estado de equilíbrio, essas necessidades costumam não surgir⁷.

Diante disto, torna-se necessário investigar as demandas de cuidados dos moradores dos SRT, de forma a identificar os principais demandas de saúde deste morador em seus aspectos biológicos, psíquicos, sociais e espirituais. Por meio desta identificação, espera-se

poder nortear a equipe desses dispositivos de saúde nas intervenções a serem adotadas para este público. Do exposto, o objetivo deste artigo foi caracterizar as demandas de cuidados de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos, à luz da teoria das NHB.

Método

Estudo do tipo Revisão Integrativa da literatura, que propõe procurar, avaliar criticamente e reduzir as evidências à disposição sobre o tema pesquisado, elevando a capacidade de generalização dos dados acerca de um fenômeno⁸. Os estudos escolhidos na literatura científica pesquisam problemas iguais ou semelhantes e são analisados de maneira sistemática em relação ao seu objetivo, metodologia, resultados e conclusões⁹.

Para a elaboração da Revisão Integrativa foram seguidas seis etapas: Identificação do tema e elaboração da questão norteadora; Determinação dos critérios de inclusão e exclusão, descritores e a busca na literatura; Análise das informações dos estudos escolhidos; Avaliação dos artigos inseridos no estudo; Interpretação dos resultados; e Síntese do conhecimento¹⁰.

Para conduzir a revisão de literatura, foi elaborado o seguinte problema de pesquisa: “Quais as demandas de cuidado existentes nos Serviços Residenciais Terapêuticos evidenciados no período de 2002 a 2015?”

Para a seleção dos artigos foram utilizados como critérios de inclusão: Ser artigo original; estar nos idiomas português, inglês ou espanhol; ter como tema central o SRT; e ter sido publicado entre 2002 e 2015, no qual este recorte temporal se justifica pelo fato de ser evidenciado pelo Ministério da Saúde como período de crescimento exponencial dos SRT no Brasil¹¹. Foram excluídos os artigos que não respondiam a questão norteadora do estudo.

A coleta de dados ocorreu entre agosto e dezembro de 2015 nas bases de dados SciVerse Scopus (SCOPUS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Public/Publish Medline (PubMed). As estratégias de busca dos artigos foram adaptadas de acordo com as especificidades de acesso das bases de dados em questão, sendo baseadas na pergunta norteadora e nos critérios de inclusão e exclusão.

Os descritores na língua inglesa utilizados na busca nas bases de dados Scopus, Cinahl e PubMed foram “Mental Health Services”, “Assisted Living Facilities” e “Deinstitutionalization” de acordo com a *Medical Subject Headings* (MeSH) da U.S.

National Library of Medicine (NLM). Os descritores na língua portuguesa foram “Serviços de Saúde Mental”, “Moradias Assistidas” e “Desinstitucionalização”, advindos da base de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME) e utilizados para a busca nas bases de dados Lilacs e Bdenf. Em cada base foram feitos os cruzamentos de descritores aos pares e com todos juntos utilizando o operador booleano AND (Quadro 1).

Quadro 1- Número de artigos encontrados de acordo com os cruzamentos de descritores pareados e por base de dados. Recife, 2015.

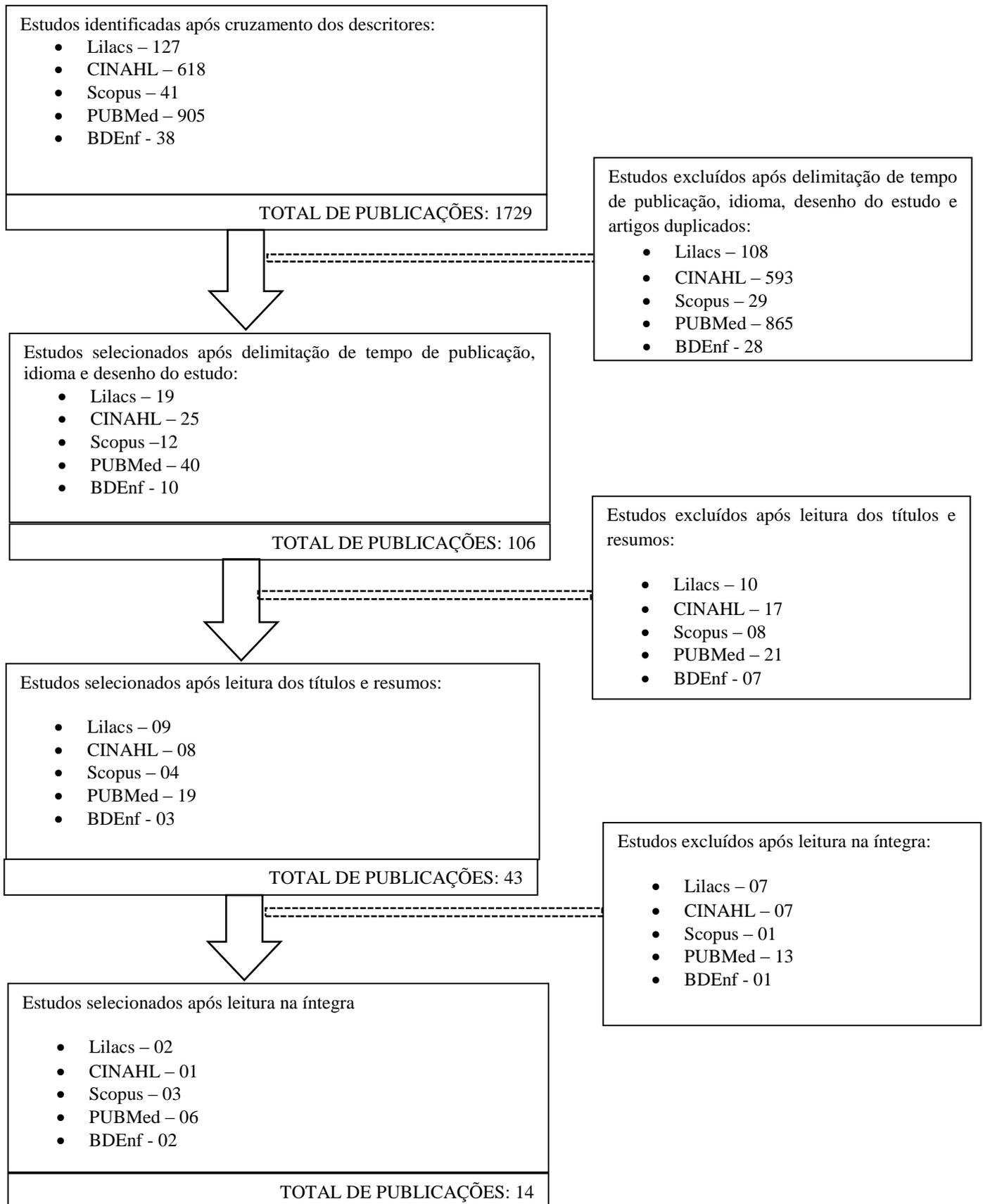
Bases de dados Descritores	LILACS	CINAHL	Scopus	PUBMed	BDEnf	TOTAL
Serviços de Saúde Mental AND Moradias Assistidas	14	07	36	45	07	109
Serviços de Saúde Mental AND Desinstitucionalização	93	192	00	427	26	738
Moradias Assistidas AND Desinstitucionalização	14	106	05	427	03	555
Serviços de Saúde Mental AND Moradias Assistidas AND Desinstitucionalização	06	313	00	06	02	327
TOTAL	127	618	41	905	38	1729

Fonte: Elaborada pelas pesquisadoras

Os cruzamentos entre os três descritores nas cinco bases de dados totalizaram 1729 artigos. Após a delimitação do tempo, idioma, desenhos de estudo estabelecidos e artigos duplicados, restaram 106 artigos para a análise.

Procedeu-se, então, a leitura dos títulos e resumos, sendo selecionados os que tiveram relação com o objetivo do estudo. Após checagem inicial, foram eleitos 53 artigos para leitura na íntegra. Por fim, realizou-se a avaliação do texto completo e foram selecionados os artigos que responderam a pergunta norteadora da revisão, totalizando uma amostra final de 14 artigos (Figura 1).

Figura 1 – Artigos selecionados para a construção da Revisão Integrativa. Recife 2015.



Os artigos encontrados em mais de uma base de dados foram contabilizados apenas uma vez na base com maior número de publicações identificadas na busca. Deste modo, respeitou-se a seguinte ordem hierárquica: PubMed, Cinahl, Lilacs, Scopus e Bdenf.

Para extração dos dados, utilizou-se instrumento proposto e validado por Ursi em 2005, que permitiu a sistematização da coleta de dados e a organização dos resultados, sendo composto por: título, ano, autor, objetivos, metodologia e principais resultados.¹² Os artigos foram categorizados segundo os níveis de evidências recomendadas por Stetler e colaboradores (1998)¹³:

- Nível 1, as evidências são advindas de revisão sistemática ou metanálise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados;

- Nível 2, evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado;

- Nível 3, evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização;

- Nível 4, evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados;

- Nível 5, evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos;

- Nível 6, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo;

- Nível 7, evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Para análise crítica da qualidade metodológica utilizou-se o formulário padronizado *Critical Appraisal Skills Programme (CASP)*, que traça diretrizes para a avaliação da qualidade de pesquisas científicas e é composto por: objetivo do estudo, adequação do desenho metodológico, justificativa da metodologia, critério para seleção da amostra, coleta de dados, relação entre pesquisador e pesquisado, aspectos éticos, análise dos dados, apresentação da discussão dos resultados, contribuições e limitações da pesquisa¹⁴.

Por fim, os dados foram condensados por meio de análise temática e sumariados em três categorias de acordo com a teoria de Wanda Horta (1979)¹⁵ das necessidades humanas básicas: necessidades psicobiológicas (oxigenação; hidratação; nutrição; eliminação; sono e repouso; exercício e atividades físicas; sexualidade; abrigo; mecânica corporal; motilidade; cuidado corporal; integridade cutâneo mucosa; integridade física; regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica e imunológica; crescimento celular e vascular; locomoção; percepção: olfativa, visual, tátil, auditiva, gustativa dolorosa; terapêutica); necessidades psicossociais (segurança; amor; liberdade; comunicação; criatividade; aprendizagem (educação à saúde); gregária; recreação; lazer; espaço; orientação

no tempo e espaço; aceitação; autorrealização; autoestima; participação; autoimagem e atenção); e necessidades psicoespirituais (religiosa ou teológica; ética ou de filosofia de vida).

Resultados

Os artigos analisados abrangeram uma variedade de periódicos no campo da saúde, mostrando o interesse pela temática no âmbito das moradias assistidas e o cuidado dos autores em divulgar suas pesquisas, opiniões e experiências. Houve destaque para os artigos em periódicos da área de enfermagem, totalizando cinco artigos, o que mostra o interesse da profissão com a temática abordada.

Mesmo tendo sido feito o recorte temporal de 2002 a 2015, apenas no ano de 2004 surgiram os primeiros estudos abordando SRT, possivelmente motivados pelo aparecimento progressivo dos SRT na rede de saúde mental brasileira. Os resultados encontrados nesta revisão integrativa foram organizados nos quadros 2 e 3:

Quadro 2 – Apresentação dos artigos quanto ao título, ano, base de dados, periódico e nível de evidência. Recife, 2015.

Nº	Título	Ano / Base de dados	Periódico
1	Desinstitucionalização e Serviços Residenciais Terapêuticos: novas perspectivas para o campo de reabilitação psicossocial ¹⁶	2004 LILACS	Revista Terapia Ocupacional
2	A experiência de morar fora: avaliação da satisfação de usuários em um serviço de saúde mental ¹⁷	2004 LILACS	Cadernos Saúde Coletiva
3	O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização ¹⁸	2008 SCOPUS	Revista de Saúde Coletiva
4	Similarities and differences arising from accommodation and care issues in halfway houses: qualitative approach ¹⁹	2008 CINAHL	Online Brazilian Journal of Nursing
5	Práticas de cuidados produzidas no Serviço de Residências Terapêuticas: percorrendo os trilhos do retorno à sociedade ²⁰	2009 SCOPUS	Rev Esc Enferm USP
6	Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do Serviço Residencial Terapêutico ²¹	2009 SCOPUS	Ciência & Saúde Coletiva
7	A experiência da implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos – Análise quantitativa e qualitativa ²²	2009 SCOPUS	Online Brazilian Journal of Nursing
8	Processos de subjetivação e territórios de vida: o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para Serviços Residenciais Terapêuticos ²³	2010 SCOPUS	Revista de Saúde Coletiva

9	Experiência clínica por meio de imagens cartográficas ²⁴	2011 SCOPUS	Psicologia & Sociedade
10	Vivências de moradores de Residências Terapêuticas de Feira de Santana, Bahia: do fio da vida administrada no “hospital colônia” à vida em liberdade na cidade ²⁵	2011 LILACS	Revista Baiana de Saúde Pública
11	“Pensando o habitar” trajetórias de usuários de Serviços Residenciais Terapêuticos ²⁶	2011 LILACS	Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo
12	O viver e o morar: relações interpessoais de moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos ²⁷	2012 SCOPUS	Rev. Enferm. UERJ
13	Serviço Residencial Terapêutico: o olhar do usuário ²⁸	2013 LILACS	Esc. Anna Nery
14	As contribuições da rede social no processo de desinstitucionalização da loucura ²⁹	2014 LILACS	Journal of Research Fundamental Care Online

Quadro 3 – Apresentação dos artigos quanto ao objetivo, principais resultados e NHB. Recife, 2015.

Nº	Objetivo	Principais resultados	NHB
1	Contribuir para a formulação teórica do problema e para a construção de novos entendimentos e significados para os processos de reabilitação psicossocial formulados e desenvolvidos pelos profissionais de saúde mental que atuam em serviços substitutivos.	<ul style="list-style-type: none"> - Produzir e potencializar relações que ultrapassem as relações de poder; - Abrir espaços para a prática do autocuidado; - Aumentar as possibilidades de trocas e recursos e de afetos no interior da dinâmica de trocas sociais; - Facilitar a criação de redes de pertencimento; - Transformar as formas de estar no e relacionar-se com o mundo. 	Psicossociais e psicobiológicas
2	Discutir o grau de satisfação dos usuários com o serviço de Residências Terapêuticas do Instituto Municipal Juliano Moreira, no município do Rio de Janeiro.	Satisfação dos moradores com a equipe, instalações da moradia e com o Serviço Residencial Terapêutico.	Psicossociais
3	Refletir sobre o trabalho em equipe dos profissionais de saúde mental responsáveis pelos serviços residenciais terapêuticos, e a forma como se organizam para gerir sua ação específica.	Os profissionais dão vida à própria política de saúde mental, constituindo-se como atores de uma ação integral, que promove cuidado e autonomia, e confere direitos de cidadania, elevando a autoestima.	Psicossociais
4	Unir falas de profissionais e moradores das residências terapêuticas, para compreender o que elas têm de similitudes e diferenças acerca das diversas temáticas que envolvem a moradia e o cuidado neste dispositivo de atenção.	<ul style="list-style-type: none"> - As residências prestam um serviço de qualidade, refletindo uma tendência à humanização; - Necessidade de estimular este morador à prática do autocuidado; - O processo de trabalho tem proporcionado à equipe um modo de conduzir o cuidado de forma menos tecnicista; - Os moradores começam a se apropriar de um espaço que há muito lhe tinha sido seqüestrado, que é o lar, o morar. 	Psicobiológicas e psicossociais
	Conhecer a visão dos	- cuidado de modo mais humanizado,	Psicossociais e

5	profissionais do Serviço Residencial Terapêutico sobre a prática de cuidado produzida nessas moradias.	valorizando as singularidades dos moradores, seus valores e crenças, tentando (re)estabelecer as relações sociais dos indivíduos e estimulá-los para a prática do autocuidado.	psicobiológicas
6	Analisar problemas e desafios a partir da experiência do SRT de Natal, Rio Grande do Norte, e de contribuições da literatura do campo.	Os desafios colocados pelos SRT têm origem e dirigem-se a diferentes espaços e atores envolvidos no cuidado de seus moradores, assim como exigem a construção efetiva de redes de cuidado, de lazer e sociabilidade no trânsito dos moradores pela cidade.	Psicossociais
7	Conhecer e compreender a visão dos moradores a respeito do Serviço Residencial Terapêutico, levantar informações sobre as condições clínicas dos usuários e descrever o seu cotidiano.	Reflexões constantes sobre redes de cuidados e práticas em saúde mental, para que não aconteça apenas uma mudança de contexto, a continuidade das práticas exclusivamente biomédica, flexneriano;	Psicossociais e psicobiológicas
8	Discutir o cuidado em saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica em implementação no Brasil.	Circular pela cidade, relacionar-se com outras pessoas apropriar-se de novos lugares que produzam sentido, ter autonomia, realizar escolhas a partir de desejos mutantes, enfim, afetar-se por novos processos de subjetivação são ações que potencializam os processos de desinstitucionalização da loucura e, com eles, os objetivos da Reforma Psiquiátrica.	Psicossociais e psicobiológicas
9	Acompanhar os trajetos cotidianos dos moradores de dois Serviços Residenciais Terapêuticos, localizados num bairro de periferia da Grande Vitória.	As redes de relações que os moradores vêm construindo desde a mudança de endereço, as conexões ou reconexões com o ambiente da cidade que trazem à tona a potência da vida. Podemos afirmar que a rede ganha ramificações e se amplia para além dos serviços e do que usualmente chamamos de rede de atenção. É preciso mesmo ampliar essa noção de rede, pois do contrário ela pode soar como espaço delimitado de circulação: da Casa para os Serviços de atenção, e destes para aquela.	Psicossociais
10	Descrever as vivências de moradores de residências terapêuticas de Feira de Santana, Bahia, inseridos no processo de desinstitucionalização, a fim de compreender o seu processo de reabilitação psicossocial.	O desafio fundamental do morador das residências terapêuticas é o de reinserir-se no espaço social, reconstruir sua identidade a partir de um lugar de referência primordial – a casa-, reinserir-se no tecido da cidade, ainda que de uma maneira marginal, mas sabendo-se capaz de dar conta de si, e até de ajudar e solidarizar-se com o outro com quem convive, para que esse possa também dar conta da própria vida.	Psicossociais e psicobiológicas
11	Conhecer a trajetória de desinstitucionalização de usuários de serviços residenciais, identificando suas principais mudanças e necessidades a partir do ponto de vista dos usuários, técnicos e cuidadores.	Necessidades ligadas a ampliação da autonomia, maior apropriação dos espaços da casa e da comunidade, aumento do poder contratual em relação ao serviço e cuidadores, maior investimento na re-construção de redes sócio-relacionais e familiares e autonomia na realização das atividades de vida diária.	Psicossociais e psicobiológicas
	Analisar as relações que os	As relações que se estabelecem no interior dos	

12	moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos de Teresina-PI estabelecem interna e externamente ao convívio social.	SRT são demonstrados pelos sujeitos como um processo de readaptação nas suas vidas, aprendendo a dividir e realizar tarefas.	Psicossociais
13	Descrever o processo de inclusão social dos moradores, considerando o modelo do Serviço Residencial Terapêutico.	As entrevistas permitiram uma aproximação da vivência a partir dos SRT, sendo possível percorrer um pouco da trajetória de vida dos moradores e constatar, em termos práticos, como esses moradores têm habilitado o território, conseguindo retomar sua vida, de forma a não mais precisar da tutela do hospital.	Psicossociais
14	Conhecer a rede social de uma moradora de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) do município de Caxias do Sul - RS.	Incentivou a reflexão sobre as transformações e elaboração de novas políticas no domínio da saúde mental, com vista a satisfazer as necessidades dos moradores desses serviços.	Psicossociais

Discussão

As necessidades psicobiológicas e as psicossociais são comuns a todos os indivíduos nos diferentes aspectos de sua complexidade orgânica, já as necessidades psicoespirituais, por enquanto e dentro dos conhecimentos da atualidade, é característica única do homem³⁰. Os resultados serão analisados de acordo com cada NHB encontrada.

Necessidades Psicossociais

As necessidades psicossociais foram evidenciadas em todos os estudos analisados, com ênfase no amor, na atenção, na comunicação, na autoestima e no lazer.

As necessidades de amor e atenção, por serem necessidades que envolvem a subjetividade, não foram evidenciadas com clareza nos estudos analisados, porém podem ser inferidas por meio das relações cotidianas entre os próprios moradores, entre os familiares e o relacionamento com os vizinhos, podendo gerar a falta de amor^{21,25,26,28,29}.

Observou-se que alguns familiares abandonaram os seus entes por duvidarem da capacidade dos moradores e por questionarem seus atos ou em consequência de todo um histórico vivenciado no período em que estiveram internados no manicômio²⁵. Mesmo alguns apresentando forte vínculo com seus familiares, mencionam a falta de apoio familiar²⁹. Muitos sonham em ter sua casa própria e poder reencontrar as suas famílias de origem²⁶. Outros mantêm contato com a sua família de origem, porém, demonstram ter consciência que não há mais espaço no seio familiar, mesmo sabendo que a família que não recebe o morador em casa, muitas vezes, é aquela que recebe e usufrui do auxílio financeiro que o morador tem direito²⁸.

Um outro aspecto abordado em relação aos familiares foi a culpabilização da família pelas dificuldades em conviver e cuidar do seu familiar³¹. A família deve ser estimulada a modificar sua maneira de pensar e cuidar do indivíduo com transtorno mental e os serviços de saúde mental também devem ter papel importante neste estímulo, fazendo com que às famílias compreendam a relevância da sua participação no processo de reabilitação psicossocial²⁹. Na busca por resgatar a presença dos familiares no cotidiano das moradias, as equipes mínimas de saúde mental, inseridas na Estratégia Saúde da Família, realizam trabalhos psicoterápicos com as famílias dos moradores dos SRT²⁰. Por se tratar de um morador que durante muitos anos de sua vida teve seu direito de liberdade violado e ter sido privado de uma convivência familiar digna, a família deve ser estimulada a reatar esses laços que foram quebrados por longos anos de internamento.

Estudo realizado com o objetivo de traçar os diagnósticos e intervenções de enfermagem em idosos deprimidos e residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILP) identificou que dos 55 idosos participantes, 27 foram trazidos para estas instituições pelos próprios familiares, ressaltando que, para a maioria desses idosos residentes em ILP, estarem distantes da família deixa a vida sem sentido e, assim, eles se tornam infelizes e deprimidos³². Percebe-se, então, que existem inúmeros motivos que as famílias justificam o abandono em instituições, tanto pela dificuldade financeira, de tempo, de disponibilidade de um cuidador, por medo, como pelo estigma da sociedade, preconceito, entre outros.

Outro dado importante é o relacionamento entre os moradores e com os cuidadores. No geral, foi visto que existe um bom relacionamento entre os pares e cuidadores²⁸. Pôde-se observar a existência de relações de amizade entre usuários²⁰. Nessa relação, aos poucos, torna-se possível a observação de sentimentos como companheirismo e ajuda mútua²⁸. Existe alguns conflitos entre os moradores²⁹, porém, deve-se levar em consideração que estes podem e devem ser esperados na convivência entre quaisquer pessoas que morem juntas²⁵.

Um aspecto que chamou atenção foi o convívio com os vizinhos. O preconceito por parte dos vizinhos foi bastante ressaltado nos estudos. Existe o preconceito e, conseqüentemente, o medo de se relacionarem com ex internos de hospitais psiquiátricos^{23,27,31}, ocorrendo com frequência a estigmatização do portador de transtorno mental²⁵. Os vizinhos apresentam um importante papel na construção e gestão de vínculos desses moradores, uma vez que existe a necessidade de respeitar as diferenças e vencer o preconceito, com vista a ter um convívio amigável²⁹. Em alguns estudos, os moradores

afirmaram manter um bom relacionamento com os vizinhos, mesmo ressaltando que o preconceito ainda existe^{25,28}.

Neste sentido, nota-se a importância da realização da sensibilização da sociedade, pois muitos não apresentam conhecimento sobre o que é a Residência Terapêutica, quem são essas pessoas que residem lá e o porquê de estarem lá. Então, devido ao desconhecido é que surgem os preconceitos, estigmas e consequente isolamento social desses moradores.

Muitos estudos reconhecem que a autonomia e a consequente autoestima é uma necessidade essencial para os moradores dos SRT^{19-21,24,27-29,31}. O termo “autonomia” deriva do grego auto-nomia (lei própria), significando autodeterminação, autogoverno; o que, sendo referido às atividades pessoais, pode significar o poder da pessoa humana de tomar decisões que afetam sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica, suas relações sociais³³. O SRT se traduz em um espaço repleto de atividades como limpar a casa, ir ao supermercado, fazer caminhada, estudar e essas atividades estimulam os sujeitos a construir de forma progressiva e gradual a sua autonomia e elevar a autoestima²⁷. Então, os indivíduos devem ser estimulados a ter autonomia e interagir com a sociedade, a fim de construir e expandir sua rede social²⁹.

O lazer é outra necessidade psicossocial importante na vida dos usuários^{20,29,31}. Estudo apontou que o Centro de Convivência é um local utilizado pelos moradores das residências para o lazer e a profissionalização (curso de computação, artesanato, reciclagem), além de permitir que os mesmos entrem em contato com a comunidade, por ser um espaço aberto ao público¹⁹.

A necessidade de comunicação desses moradores também foi percebida em estudo que objetivou constatar a importância do cuidador dentro da Residência Terapêutica, o qual este cuidador precisa estimular, induzir o morador à comunicação e a ter oportunidade de expressar o que deseja. Para isto, é necessário que o morador consiga resolver problemas, desafios e obstáculos que precisam ser enfrentados¹⁸. No hospital, tinham regras e horários para tudo e na Residência ele tem o direito de dizer o que quer comer, fazer, vestir, logo, o exercício da autonomia perpassa pela expressão dos seus desejos.

Necessidades Psicobiológicas

A segunda categoria elencada nesta revisão esteve pouco evidenciada nos estudos analisados, detendo-se quase que, exclusivamente, ao autocuidado. Esta demanda pode ser definida como sendo a prática de atividades que os indivíduos executam a favor do seu

benefício próprio na preservação da vida, saúde e bem-estar, referente à alimentação, higiene, aparência e a realização dessa ação está intimamente associada às habilidades, limitações, valores, regras culturais e científicas da própria pessoa, todavia, ela é aprendida, o que implica entendimento e incentivo³⁴.

Esta prática foi citada em quatro estudos analisados que mostraram a situação de alguns moradores ao chegarem nos SRT, advindos de internações hospitalares^{19,20,22,25}. Foi necessário incentivar o reaprendizado de ações básicas de autocuidado como aprender a escovar os dentes, tomar banho e lavar os cabelos. Para um morador que passou por longos anos de internamento psiquiátrico com a autonomia e independência funcional reduzidas, as possibilidades de autocuidado são comprometidas e isso chega a prejudicar o atendimento de suas necessidades básicas.

Estudo realizado em Fortaleza-CE, sobre o autocuidado universal praticados por idosos em uma Instituição de Longa Permanência (ILP), verificou que os idosos descuidaram em alguns aspectos relacionados ao autocuidado. Dentre eles, se destacam a oxigenação, a hidratação, a atividade e a promoção da saúde. Este déficit de autocuidado esteve relacionado às limitações físicas inerentes ao ciclo vital, ao déficit de conhecimento e ao baixo poder aquisitivo³⁵.

Outra necessidade evidenciada nos estudos foi em relação à moradia. Quando se refere a necessidade de moradia, entende-se que esta deve ser uma casa, com as características inerentes a um lar, onde a vida produz significado e sentido, onde se estabelecem vínculos de afetos e cooperação³¹. Tal necessidade não pode ser traduzida apenas enquanto necessidade de um lugar para estacionar, pois se assim fosse o manicômio bastaria¹⁶.

Os SRT em nada diferem de uma moradia para esse público e, também, não se aproxima do contexto institucional, pois não existem normas de conduta impostas e sim a organização interna dos moradores, cada qual realizando atividades de acordo com suas habilidades e/ou desejos, oportunizando, assim, a satisfação dos moradores em relação a sua moradia^{16,17,23,25,26,28}.

Necessidades Psicoespirituais

As necessidades psicoespirituais não foram evidenciadas em nenhum estudo. Isto pode ser justificado por existirem muitas barreiras e medos dos profissionais ao abordarem a espiritualidade e a religião com os pacientes. Dentre eles estão a falta de conhecimento sobre

o assunto, a falta de treinamento, a falta de tempo, o desconforto com o assunto, o medo de impor visões religiosas ou ofender o morador, a crença que a religião não seja relevante aos cuidados necessários e que não seja de sua competência a abordagem de tais assuntos. Um dos caminhos para tentar diminuir as questões mencionadas seria que as instituições de ensino, como órgãos formadores, inserissem a discussão sobre a importância da espiritualidade em suas grades curriculares.

Os moradores de SRT estão mais vulneráveis a sofrerem perdas. A quantidade de anos institucionalizados em hospitais psiquiátricos permite a vivência de diversas perdas, podendo acarretar conseqüências negativas em sua saúde. A perda financeira, da situação econômica decorrente da aposentadoria/auxílio; a perda da beleza, do vigor da juventude; a perda de um corpo saudável para dar lugar à convivência com doenças crônicas; a perda de independência e/ou autonomia e a perda de familiares, amigos. Com isso, a religião e a espiritualidade podem auxiliar no enfrentamento destes eventos, considerados como estressores.

Conclusão

Deve-se enfatizar a relevância deste estudo no que se refere aos princípios da reforma psiquiátrica, pois analisa as necessidades humanas básicas dos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos. As experiências analisadas nesse estudo mostram realidades distintas, de cidades e culturas diferentes, mas que se complementam e muitas vezes se assemelham.

Foram evidenciadas necessidades distintas desses moradores, onde as necessidades psicossociais e psicobiológicas de autoestima, autocuidado, moradia, amor, lazer e comunicação ganharam destaque.

Recomenda-se que sejam realizadas pesquisas com vistas a identificar as demandas clínicas, biológicas e espirituais dessa população com o objetivo de melhorar tanto a visão dos profissionais envolvidos, como o atendimento das necessidades básicas desse morador de SRT, visto que as necessidades biológicas e espirituais foram percebidas superficialmente ou mesmo não foram evidenciadas nos estudos analisados.

REFERÊNCIAS

1. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011. 16 (12).

2. Silva DS, Azevedo DM. As novas práticas em saúde mental e o trabalho no Serviço Residencial Terapêutico. Escola Anna Nery. 2011. 15 (3): 602-609.
3. Quinderé PHD, Jorge MSB. (Des)construção do modelo assistencial em saúde mental na composição das práticas e dos serviços. Saúde e Sociedade. 2010. 19 (3): 569-583.
4. Borges MCLA, Silva LMS, Fialho AVM, Silva LF. Cuidado de enfermagem: percepção dos enfermeiros assistenciais. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2012. 33(1):42-8.
5. Paes MR, Borba LO, Labronici LM, Maftum MA. Cuidado ao portado de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento. Ciência, Cuidado e Saúde. 2010. 9(2): 309-316.
6. Waidman MAP, Brischiliari A, Rocha SC, Kohiyama VY. Conceitos de cuidado elaborados por enfermeiros que atuam em instituições psiquiátricas. Ciência, Cuidado e Saúde. 2009. 10 (2): 67-77.
7. Garbaccio JL, Ferreira AD. Diagnósticos de enfermagem em uma Instituição de Longa Permanência para idosos. Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro. 2012. 2(3): 303-313.
8. Mangueira SO, Guimarães FJ, Mangueira JO, Fernandes AFC, Lopes MVO. Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. Psicologia & Sociedade. 2015. 27(1): 157-168.
9. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática em enfermagem; 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm, 17(4): 758-764, 2008. Acesso em 27 Ago 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>
11. Ministério da Saúde (BR). Saúde Mental em Dados 7. Brasília: DF; 2010.
12. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. 2006. 1, 14(1), 124-131.
13. Stetler C.B. et al., Evidence-based practice and the role of nursing leadership. JONA, v. 28, n. 7-8, p. 45-53, 1998.
14. Carvalho KEG, Freitas NO, Souza JC. Promoção da saúde sexual de adolescentes: revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line, Recife, 2014 Set; 8(9):3182-3187.
15. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU, 1979. 99 p.

16. Gomides DS, Villas-Boas LCG, Coelho ACM, Pace AE. Autocuidado das pessoas com diabetes *mellitus* que possuem complicações em membros inferiores. *Acta Paul Enferm.* 2013. 26(3): 289-93.
17. Monteiro CFS, Vieira TS, Rodrigues IS, Parente ACM, Fernandes MA. O viver e o morar: relações interpessoais de moradores de serviços residenciais terapêuticos. *Rev. Enferm. UERJ.* 2012. Dez; 20(1): 637-41.
18. Honorato CEM, Pinheiro R. O trabalho do profissional de saúde mental em um processo de desinstitucionalização. *Physis Revista de Saúde Coletiva.* 2008. 18 [2]: 361-380.
19. Pinheiro JAC, Machado LD. Experiência clínica por meio de imagens cartográficas. *Psicologia & Sociedade.* 2011. 23(n. spe.): 120-128.
20. Costa JRE. Respeito à autonomia do doente mental: um estudo bioético em clínica psiquiátrica. *Revista Bio & Thik 05.* 2011. 5(1): 65-75
21. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do Serviço Residencial Terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2009. 14(1) 195-204.
22. Macedo JQ, Silveira MFA. A experiência da implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos – análise quantitativa e qualitativa. *Online Brazilian Journal of Nursing.* 2009. 8(2).
23. Matos BG, Moreira LHO. Serviço Residencial Terapêutico: o olhar do usuário. *Escola Anna Nery.* 2013. 17 (4): 668-676.
24. Santos ZMSA, Martins JO, Frota NM, Caetano JÁ, Moreira RAN, Barros LM. Autocuidado universal praticado por idosos de Instituições de Longa Permanência. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 2012. 15(4): 747-754.
25. Junior HPOS, Silveira MFA. Práticas de cuidados produzidas no Serviço de Residências Terapêuticas: percorrendo os trilhos de retorno à sociedade. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2009. 43 (4): 788-95.
26. Santos SSC, Tier CG, Silva BT, Barlem ELD, Felicianni AM, Valcarenghi FV. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para idosos deprimidos e residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILP).
27. Mângia EF, Ricci EC. “Pensando o habitar” trajetórias de usuários de Serviços Residenciais Terapêuticos. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo.* 2011. 22 (2): 182-190.

28. Mângia EF, Marques ALM. Desinstitucionalização e Serviços Residenciais Terapêuticos: novas perspectivas para o campo de reabilitação psicossocial. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*. 2004. 15 (3): 129-35
29. Ferreira GB, Coimbra VCC, Kantorski LP, Guedes AAC. As contribuições da rede social no processo de desinstitucionalização da loucura. *Journal of Research Fundamental Care Online*. 2014. Jul/set; 6(3):976-986.
30. Jaegger RC, Guitton AP, Lyrio JM, Santos MM, Freitas RCO, Gonçalves SR, Abelha L, Legay LF. A experiência de morar fora: avaliação da satisfação de usuários em um serviço de saúde mental. 2004. 12 (1): 27-39.
31. Argiles CTL, Kantorski LP, Willrich JQ, Antonacci MH, Coimbra VCC. Redes de sociabilidade: construções a partir do SRT. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013. 18 (7): 2049-2058.
32. Wachs F, Jardim C, Paulon SM, Resende V. Processos de subjetivação e territórios de vida : o trabalho de transição do hospital psiquiátrico para Serviços Residenciais Terapêuticos. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2010. 20 (3): 895-912.
33. Garcia TR, Nóbrega MML. Integralidade da atenção no SUS E Sistematização da Assistência de Enfermagem. Porto Alegre, Artmed: 2010.
34. Bastos LC, Aguiar MGG. Vivências de moradores de Residências Terapêuticas de Feira de Santana, Bahia: do fio da vida administrada no “hospital colônia” à vida em liberdade na cidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 2011. 35 (2): 432-445.
35. Junior HPOS, Silveira MFA. Práticas de cuidados produzidas no Serviço de Residências Terapêuticas: percorrendo os trilhos de retorno à sociedade. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2009. 43 (4): 788-95.

5.2 Artigo Original

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE MORADORES DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS À LUZ DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

Resumo: Objetiva-se identificar os principais Diagnósticos de Enfermagem de moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos, residentes em Recife-PE. O artigo original emergiu do banco de dados proveniente de um estudo transversal de amostra censitária realizado com 190 moradores de ambos os sexos de 31 Serviços Residenciais Terapêuticos de Recife-PE. Utilizou-se um instrumento de coleta de dados baseado no referencial teórico do Modelo Analítico de Risner. Em seguida os peritos aplicaram o teste de acurácia dos Diagnósticos de Enfermagem encontrados. Foram encontrados dois Diagnósticos de Enfermagem com foco no problema e nove Diagnósticos de Enfermagem de risco. As necessidades identificadas envolvem questões associadas aos longos períodos de internamento psiquiátrico pregresso, afetando negativamente na saúde dos moradores. É necessário a integração do morador, comunidade, rede de assistência e, em especial, da Estratégia Saúde da Família, com o intuito de prevenir agravos e intervir nestas necessidades identificadas, prevenindo que os Diagnósticos de Enfermagem com foco no problema se agravem e que os Diagnósticos de Enfermagem de risco se tornem com foco no problema. Ressalta-se, assim, a importância de uma assistência de enfermagem sistematizada, por meio do Processo de Enfermagem, direcionada aos moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos.

Descritores: Moradias assistidas. Serviços de Saúde Mental. Desinstitucionalização. Diagnósticos de Enfermagem.

Introdução

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileiro, desde a década de 1970, busca a mudança da realidade de maus tratos, violência, castigos e negligência na assistência, evidenciadas nos hospitais psiquiátricos. Um dos avanços conquistados por esse movimento, principalmente no que diz respeito à proteção e aos direitos das pessoas em sofrimento psíquico, ocorreu com o arcabouço jurídico-legal, emanado de portarias do Ministério da Saúde e legislação do Congresso Nacional. Concomitantemente, houve a mudança de

paradigma da assistência na área da saúde mental, agora baseado nos conceitos de subjetividade, integralidade, acolhimento, vínculo, dignidade, autonomia e justiça¹.

A assistência, antes hospitalocêntrica, passou a ser oferecida em serviços ou em equipamentos inseridos na comunidade, com a proposta de estarem integrados nas redes sociais disponíveis no território, sempre a prezar pela dignidade pessoal, pelos direitos humanos e civis da demanda atendida². Um dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), surgiu por meio da portaria nº 106/2000, com a finalidade de proporcionar aos egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, que perderam os vínculos familiares e sociais, a oportunidade de residirem em casas inseridas na comunidade, serem reabilitados e reinseridos socialmente³. Contudo, a reforma ainda não se concretizou de forma ampla e necessária no país. Há insuficiente número de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e SRT e ainda se observam nesses serviços práticas manicomialistas como o controle, as normas e as rotinas impostas, além de relações verticalizadas e de poder com os usuários⁴.

Por meio da resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o enfermeiro busca identificar saúde/ doença dos pacientes com a utilização de métodos e ações de forma a contribuir na prevenção, promoção, recuperação e reabilitação do indivíduo. Esta resolução determina que o Processo de Enfermagem (PE) deve ser realizado de modo deliberado e sistemático em todos os ambientes em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, seja em ambiente hospitalar, ambulatorial, escolar e domiciliar e é composto por cinco etapas, são elas: Histórico de enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem (DE), Planejamento, Implementação e Avaliação de enfermagem⁵.

A segunda etapa engloba a definição dos DE, em que o enfermeiro faz julgamentos sobre os dados da investigação (problemas, risco de problema ou pontos fortes) que serão utilizados para traçar intervenções e resultados a serem alcançados para cada DE identificado, de acordo com uma taxonomia⁶.

A taxonomia mais utilizada, para a identificação dos DE, é a NANDA-I. Esta é líder no desenvolvimento e implementação de DE e busca agir com responsabilidade, sempre de modo a avaliar as tendências que emergem da prática do enfermeiro e responder a estas tendências. A NANDA-I divide os DE em domínios e classes⁷.

Deste modo, o PE deve estar baseado num suporte teórico, de modo a orientar o estabelecimento dos DE. Então, as teorias de enfermagem atribuem significado ao mundo da

enfermagem, tanto na expressão formal do padrão empírico de conhecimento, como da ciência da profissão. As teorias têm identificado e definido conceitos representativos dos fenômenos de enfermagem. Cada teoria oferece uma perspectiva sobre os fenômenos de que direcionam a prática do cuidar, cada uma com diferentes especificidades⁸.

Diante do exposto, faz-se menção a Teoria das necessidades Humanas Básicas (NHB) de Wanda Horta Aguiar, a qual preconiza a análise do indivíduo de maneira integral, a considerar as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais⁹.

Destaca-se, então, a importância de incorporar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), conhecer os principais DE desses moradores bem como as principais NHB afetadas nesta população, pois, dada a relevância do assunto e o grande número de moradores residentes da SRT, maior é a necessidade de planejar a assistência e proporcionar um cuidado humanizado e holístico, a fim de compreender os aspectos biológicos, psíquicos, sociais e espirituais. Do exposto, objetivou-se identificar os principais DE evidenciados nos moradores dos SRT, em Recife-PE.

Método

Estudo analítico, exploratório e de corte transversal, com abordagem quantitativa. Este estudo é um recorte do projeto mestre intitulado “Serviços de Residências Terapêuticas: demandas de cuidado para enfermagem” que teve como objetivo identificar as demandas de cuidado e do perfil de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos do município Recife –PE. Foi utilizado o banco de dados gerado pela primeira etapa do referido projeto.

O estudo teve como cenário os Serviços de Residências Terapêuticas da cidade do Recife, o qual possui 31 SRT, divididos da seguinte forma no território: 1 SRT no Distrito Sanitário (DS) I, 6 no DS II, 6 no DS III, 6 no DS IV, 6 no DS V e 6 no DS VI.

A população estudada foi composta por todos os moradores das Residências Terapêuticas, de ambos os sexos e que residiram até o mês de julho de 2015, totalizando 229 moradores. A amostra foi do tipo censitária. Ao serem aplicados os critérios de exclusão, dois moradores estavam internados durante a coleta de dados, três moradores encontrava-se em outra cidade, 13 recusaram participar do estudo e 16 o seu curador legal não assinou o TCLE. Houve perda de cinco moradores por óbito. A amostra final foi de 190 moradores.

O instrumento de coleta de dados baseou-se no Caderno de Atenção Básica nº 19¹⁰ e o modelo de formulário para atendimento ambulatorial do Núcleo de Atenção ao Idoso (NAI),

serviço universitário da UFPE que presta cuidado multiprofissional à idosos¹¹, tendo em vista que segundo informações da Prefeitura do Recife - PE, parcela considerável dos moradores se encontrava próximo aos 60 anos de idade ou acima disso.

Foram utilizados no estudo três instrumentos. O primeiro, (Apêndice A) composto por questões fechadas organizadas em blocos por conjuntos temáticos, incluiu dados de caracterização pessoal, hábitos e costumes, anamnese, antecedentes clínicos familiares e pessoais. Também foi utilizado os instrumentos validados Índice de Katz¹², Escala de Lawton, que avaliam Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e escala de Brody, avaliando Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)¹³.

Foi construído e utilizado um instrumento de coleta de dados usando o referencial teórico do Modelo Analítico de Risner¹⁴. Este modelo divide-se em duas etapas:

- 1ª etapa: fase de análise dos dados e síntese

Compreende a categorização dos dados. É o momento mais detalhado, pois organiza as evidências em padrões, confronta padrões com teorias, normas e conceitos, fazendo um julgamento clínico. É a identificação das possibilidades em que sugere as respostas do paciente esperadas pelo enfermeiro(a). Esta etapa termina com a proposição das causas etiológicas que foram responsáveis pelos problemas apresentados pelo morador.

Durante esta etapa foi feito uma análise individual e de maneira detalhada de cada questionário com objetivo de identificar os problemas de saúde de cada morador dos SRT. Os problemas foram listados e organizados em dados convergentes de acordo com a Teoria das NHB psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Nas necessidades psicobiológicas foram investigados os problemas de oxigenação; hidratação; nutrição; eliminação; sono e repouso; exercício e atividades físicas; sexualidade; abrigo; mecânica corporal; motilidade; cuidado corporal; integridade cutâneo mucosa; integridade física; regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica; crescimento celular e vascular, locomoção; percepção: olfativa, visual, tátil, auditiva, gustativa, dolorosa, terapêutica. Nas necessidades psicossociais foram pesquisados os problemas quanto à segurança; amor; liberdade; comunicação; criatividade; aprendizagem (educação à saúde); gregária; recreação; lazer; espaço; orientação no tempo e espaço; aceitação; autorrealização; autoestima; participação; autoimagem e atenção. Nas necessidades psicoespirituais foi averiguada a existência de problemas de religiosidade ou teológico, além da ética ou de filosofia de vida.

Ainda nesta etapa, foi realizada a proposição dos fatores relacionados/fatores de risco e das características definidoras.

- 2ª etapa: construção redacional de diagnósticos, de acordo com a taxonomia da NANDA- I⁷.

Os DE, baseados nos dados obtidos na 1º etapa, foram elencados da seguinte forma: primeiro realizou-se uma busca nos 13 domínios da NANDA, em seguida analisou-se as classes desses domínios e leu-se os títulos de cada DE. Após a leitura dos títulos, houve uma análise de cada definição dos diagnósticos e, em seguida, realizou-se uma comparação entre os fatores relacionados/fatores de risco e as características definidoras, segundo a taxonomia da NANDA-I.

Foi considerado os DE com foco no problema quando apresentavam no mínimo três características definidoras de menor relevância ou uma característica definidora quando esta era muito relevante. E para os DE de risco, quando apresentavam no mínimo um fator de risco.

Com a identificação dos DE incluindo título, característica definidora ou fator de risco, os mesmos passaram por um processo de validação de conteúdo por dois enfermeiros (pesquisadores responsáveis: orientador e coorientador), denominados peritos, os quais um foi escolhido por possuir experiência de dez anos na prática clínica de saúde mental e o outro por possuir experiência de dez anos em DE. Estes, separadamente, indicaram as características definidoras ou fatores de risco a partir dos problemas elencados.

Em seguida os peritos aplicaram o teste de acurácia dos diagnósticos encontrados. A acurácia foi definida através da Escala de Acurácia de Diagnósticos de Enfermagem – Dados Escritos (EADE-DE), desenvolvida para estimar o grau com que uma afirmação diagnóstica tem sustentação em um conjunto de informações clínicas escritas do paciente¹⁵. As respostas dos peritos foram registradas em um formulário. Considerou-se os DE que obtiveram 100% de concordância entre os pesquisadores. Ao término desta fase foram incluídos no banco original os diagnósticos de enfermagem identificados na população.

Os DE foram analisados utilizando-se da estatística descritiva para a prevalência, para os fatores relacionados e para as características definidoras dos DE da taxonomia II da NANDA-I (2015)⁷. Para essas variáveis foram calculadas as frequências percentuais e construídas as distribuições de frequência. A eleição dos diagnósticos de enfermagem

significativamente mais prevalentes na população foi realizada por meio do teste de comparação de proporções. Foi comparada a proporção dos moradores com e sem o diagnóstico e considerado como significativos p-valor $<0,05$ no teste Qui-Quadrado. Nos casos em que as suposições do teste não foram satisfeitas, houve a aplicação do teste Exato de Fisher. Para todas as conclusões, foi considerado o nível de significância de 5%.

A pesquisa atendeu a Resolução 466/12, que trata de pesquisa com seres humanos, respeitando-se o sigilo e a privacidade das informações obtidas durante a pesquisa, sendo as mesmas utilizadas apenas para fins acadêmicos. Obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde/UFPE, com CAAE: 37085914.0.0000.5208 e parecer de número 859.731.

Resultados

Os instrumentos utilizados com os 190 moradores das Residências Terapêuticas (RT), subsidiou o perfil sociodemográfico e clínico da população, bem como para identificação dos DE com foco no problema e de risco, com suas respectivas características definidoras ou fatores de risco. Posteriormente, esses DE identificados, foram agrupados de acordo com as Necessidades Humanas Básicas.

A maior parcela da população do estudo foi composta por homens (64,7%), solteiros (82,6%), analfabetos (43,7%), com renda entre um e menos do que dois salários mínimos (70,6%), com 60 anos ou mais (33,2%), idade mínima de 25 anos e máxima de 89 anos, com média de 54,05 anos (Tabela 1).

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica de moradores de Serviços Residenciais Terapêuticos. Recife-PE, 2016.

Característica	N= 190	%	<i>p-valor</i> ¹
Sexo			
Masculino	123	64,7	<0,001
Feminino	67	35,3	
Idade* (em anos completos)			
25 – 44	43	23,4	0,084
45 – 53	40	21,7	
54 – 59	40	21,7	
≥ 60	61	33,2	
Mínimo	25		
Máximo	89		
Média±Desvio padrão	54,05 ± 13,33		
Estado Civil			
Solteiro	157	82,6	<0,001
Separado/divorciado	23	12,1	
Viúvo	6	3,2	
Casado	4	2,1	
Escolaridade			
Não escolarizado	83	43,7	<0,001
Alfabetizado	18	9,5	
Ensino Fundamental completo / incompleto	67	35,3	
Ensino Médio completo / incompleto	13	6,8	
Ensino Superior	9	4,7	
Renda (Salários Mínimos)			
Sem renda	47	24,7	<0,001
<1 SM	8	4,2	
1 2	134	70,6	
2 3	1	0,5	

*6 moradores não possuíam documentos e não sabiam relatar suas história de vida.

Fonte: França, VV.

Com relação ao perfil familiar, 55,8% diz manter contato com seus familiares. O histórico psiquiátrico demonstrou que 41,6% tiveram entre 3 e 10 internamentos psiquiátricos durante a vida. No último internamento, o tempo de estadia variou entre 5 meses e 40 anos, com média de 9,48 anos. A maioria dos moradores tinha entre 1 e 5 anos de Serviços Residenciais Terapêuticos (55,8%). O internamento, em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, esteve presente em 8,9% dos moradores.

Com relação ao diagnóstico psiquiátrico, foi mais prevalente o grupo dos transtornos esquizotípicos, esquizofrenia e transtornos delirantes (diagnóstico isolado) (57,4%). O transtorno mais prevalente foi a Esquizofrenia Residual (isolado ou associada a outros

transtornos), presente em 51,6% e a Esquizofrenia Paranoide (isolado ou associada a outros transtornos) presente em 15,3% da amostra total.

Os resultados a seguir referem-se aos DE identificados, agrupados de acordo com as NHB. Foram identificados 42 DE na população estudada, porém, 11 foram os mais prevalentes ($p < 0,001$). As necessidades psicobiológicas foram evidenciadas em menor grau do que as psicossociais. O DE “Risco de identidade pessoal perturbada” esteve presente em 96,3% dos participantes. Tal incidência pode ser influenciada pelo diagnóstico psiquiátrico dos moradores, incluindo, principalmente, a esquizofrenia. O DE “Risco de síndrome do idoso frágil”, por ser um DE de síndrome, se encontra tanto nas necessidades psicobiológicas como nas psicossociais.

Na Tabela 2, são mostrados os 11 Diagnósticos de Enfermagem presentes nos moradores. Os DE foram identificados seguindo o processo de raciocínio clínico de Risner¹⁴ e utilizando a Taxonomia da NANDA-I⁷.

Tabela 2: Distribuição dos diagnósticos de enfermagem nos moradores dos SRT de acordo com as Necessidades Humanas Básicas. Recife-PE, 2016.

	N=190	%	p-valor
Necessidades Psicobiológicas			
• Estilo de vida sedentário	171	90,0	<0,001
• Dentição prejudicada	167	87,9	<0,001
• Risco de função cardiovascular prejudicada	147	77,4	<0,001
• Risco de síndrome do idoso frágil*	46*	68,7	<0,002
• Risco de perfusão tissular ineficaz	115	60,5	<0,004
Necessidades Psicossociais			
• Risco de identidade pessoal perturbada	183	96,3	<0,001
• Risco de suicídio	176	92,6	<0,001
• Risco de violência direcionada a outros	171	90,0	<0,001
• Risco de confusão aguda	149	78,4	<0,001
• Risco de automutilação	138	72,6	<0,001
• Risco de síndrome do idoso frágil*	46	68,7	<0,001
• Risco de quedas	129	67,9	<0,001

* Foi considerado para estes diagnósticos apenas o quantitativo de idosos na amostra (N=67)

Fonte: resultados da pesquisa

A tabela 1 apresenta as duas características definidoras e os 59 fatores de riscos que embasaram a elaboração dos DE anteriormente listados. As Características Definidoras e fatores de risco com maior frequência foram: Enfermidade crônica (98,9%), Agente farmacológico (98,9%), transtorno psiquiátrico (97,7%), Atividade física diária inferior à

recomendada para o gênero e a idade (100%), Transtorno psicótico (77,8%), Ausência de dentes (87,9%), Estilo de vida sedentário (87,1%), Hospitalização prolongada (100%), Tabagismo (73,0%).

Tabela 3: Distribuição dos diagnósticos de enfermagem com as respectivas características definidoras ou fatores de risco. Recife-PE, 2016.

Diagnóstico de Enfermagem com foco no problema	Característica Definidora	N=190	%
Estilo de vida sedentário*	Atividade Física diária inferior à recomendada para o gênero e a idade	171	100
Dentição prejudicada*	Ausência de dentes	167	100
Diagnóstico de Enfermagem de risco	Fatores de Risco	N=190	%
Risco de função cardiovascular prejudicada	Estilo de vida sedentário	128	87,1
	Tabagismo	86	58,5
	Hipertensão arterial	59	40,1
	Obesidade	49	33,3
	Diabetes melito	39	26,5
	Idade maior ou igual a 65 anos	34	23,1
Risco de síndrome do idoso frágil	Hospitalização prolongada	46	100
	Doença crônica	46	100
	Atividade Física diária inferior à recomendada para o gênero e a idade	44	95,7
	Estilo de vida sedentário	39	84,8
	História de quedas	22	47,8
	Déficit sensorial (visual, auditivo)	19	41,3
	Obesidade	13	28,3
	Idade maior que 70 anos	11	23,9
Risco de perfusão tissular ineficaz	Estilo de vida sedentário	104	90,4
	Tabagismo	81	70,4
	Hipertensão arterial	54	47,0
	Diabetes melito	41	35,7
	Obesidade	49	25,8
	Alteração na integridade da pele	14	7,4
Risco de identidade pessoal perturbada	Transtorno psiquiátrico	183	96,3
	Agente farmacológico	181	95,3
	Processos familiares disfuncionais	58	31,7
	Baixa autoestima	10	5,5
Risco de suicídio	Transtorno psiquiátrico	176	100
	Sexo masculino	129	73,3
	Idade (idoso, homens adultos jovens, adolescentes)	64	36,4

	Economicamente desfavorecido	49	27,8
	Divorciado	21	11,9
	Viuvez	06	3,4
	História de tentativa de suicídio	04	2,3
Risco de violência direcionada a outros	Transtorno psicótico	133	77,8
	Alteração da função cognitiva	53	31,0
Risco de confusão aguda	Agente farmacológico	146	98,0
	Gênero masculino	111	74,5
	Idade maior ou igual a 60 anos	59	39,6
	Alteração na função cognitiva	39	26,2
	Demência	37	24,8
	História de AVC	05	3,4
Risco de automutilação	Transtorno psicótico	133	96,4
	Autoestima prejudicada	09	6,5
Risco de quedas	Agente farmacológico	125	96,9
	História de quedas	69	53,5
	Tapetes soltos	64	49,6
	Alteração na função cognitiva	52	40,3
	Idade maior ou igual a 65 anos	27	20,9
	Iluminação insuficiente	21	16,3
	Ausência de sono	11	8,5
	Ambiente desorganizado ou cheio de objetos	09	7,0
	Mobilidade prejudicada	05	3,9
	Uso de dispositivos auxiliares (andador, bengala, cadeira de rodas)	04	3,1

Fonte: Resultados da pesquisa

Após a identificação dos DE com as suas respectivas CD e fatores de risco, foi verificado que houve predominância, em todos os diagnósticos de enfermagem, na faixa etária de maiores de 60 anos, do sexo masculino, com renda entre um e dois salários mínimos, solteiros e com contato familiar atual.

A tabela 2 relaciona as variáveis faixa etária, escolaridade e contato familiar atual com os DE que foram significativos nesta clientela. Com relação a variável contato familiar atual, não foi identificada nenhuma associação estatisticamente significativa com os DE. Na variável faixa etária, só houve significância estatística no DE de risco de confusão aguda, onde houve maior chance de obter o DE na faixa etária maior que 60 anos. No DE risco de função cardiovascular prejudicada percebe-se que com o aumento da faixa etária, aumenta-se a chance de possuí-lo, sendo a maior chance nos maiores de 60 anos. Já na variável escolaridade, houve relação significativa com todos os DE, exceto com o de “Risco da

síndrome do idoso frágil”. Contudo, percebeu-se que quanto maior o nível de escolaridade, aumenta-se a chance de possuir o DE de “Risco de síndrome do idoso frágil”.

Tabela 2. Distribuição da classificação dos diagnósticos de enfermagem mais prevalentes segundo a faixa etária, escolaridade e contato familiar atual de moradores de SRT, Recife – PE, 2016.

	Risco de Identidade pessoal perturbada		Estilo de Vida sedentário		Risco de Violência direcionado a outros		Dentição prejudicada		Risco de função cardiovascular prejud.	
Faixa etária	%	p-valor	%	p-valor	%	p-valor	%	p-valor	%	p-valor
25-44 anos	95	0.557	90	0.437	82,5	0.455	77,5	0.603	60,0	0.113
45-53 anos	97,3		91,9		91,9		97,3		75,7	
54-59 anos	97		84,8		90,9		90,9		84,8	
> 60 anos	95		88,3		93,3		86,7		90,0	
Escolaridade										
Não escolarizado	97,4	0.005	92,2	0.005	88,3	0.005	92,2	0.005	74,0	0.006
Alfabetizado	86,7		93,3		86,7		73,3		73,3	
Ensino fundamental	98,4		87,1		88,7		90,3		87,1	
Ensino médio	92,3		100		92,3		76,9		53,8	
Ensino superior	88,9		55,6		100		77,8		88,9	
	Risco de confusão aguda		Risco de automutilação		Risco de Síndrome do Idoso Frágil		Risco de quedas		Risco de perfusão tissular perif. ineficaz	
Faixa etária	%	p-valor	%	p-valor	%	p-valor	%	p-valor	%	p-valor
25-44 anos	65,0	0.047	45,0	0.053	-*	-	77,5	0.552	37,5	0.425
45-53 anos	83,8		70,3		-*		54,1		62,2	
54-59 anos	69,7		75,8		-*		63,6		81,8	
> 60 anos	96,7		90,0		75,0		73,3		65,0	
Escolaridade										
Não escolarizado	75,3	0.006	62,3	0.042	55,2	0.641	71,4	0,009	54,5	0.025
Alfabetizado	80,0		60,0		57,1		73,3		60,0	
Ensino fundamental	82,3		79,0		78,9		67,7		69,4	
Ensino médio	92,3		92,3		83,3		53,8		46,2	
Ensino superior	88,9		100,0		100,0		55,6		77,8	

Tabela 3. Distribuição da classificação dos Diagnósticos de enfermagem segundo o número de internamentos em hospital psiquiátrico, a duração do último internamento e tempo de residência em Residência Terapêuticas de moradores de SRT, Recife – PE, 2016 (Continua)

Número de internamentos em Hospital Psiquiátrico	Risco de Identidade pessoal perturbada		Estilo de Vida sedentário		Risco de Violência direcionado a outros		Dentição prejudicada		Risco de confusão aguda		Risco de função cardiovascular prejud.	
	%	p-valor	%	p-valor	%	p-valor	%	p-valor	%	p-valor	%	p-valor
1	95	0.014	88,9	0.028	88,9	0.020	88,9	0.092	86,7	0.029	66,7	0.005
2	97,3		100		88,9		96,3		88,9		81,5	
3 – 10	97		86,5		87,8		83,8		78,4		83,8	
>10	95		86,7		93,3		90,0		66,7		76,7	
Duração do último internamento												
< 2 anos	97,4	0.113	88,6	0.107	82,9	0.110	94,3	0.175	77,1	0.100	68,6	0.106
2 – 9 anos	86,7		89,4		87,9		83,3		72,7		75,8	
> 10 anos	98,4		91,5		93		88,7		88,7		83,1	
Tempo de residência em SRT												
< 1 ano	92,3	>0.001	89,3	>0.001	89,3	>0.001	89,3	>0.001	67,9	>0.001	75,0	>0.001
1 – 5 anos	88,9		86,9		86,9		85,9		89,9		76,8	
> 5 anos	93,9		93,9		93,9		91,8		67,3		81,6	

Tabela 3. Distribuição da classificação dos Diagnósticos de enfermagem segundo o número de internamentos em hospital psiquiátrico, a duração do último internamento e tempo de residência em Residência Terapêuticas de moradores de SRT, Recife – PE, 2016 (Continuação).

Nº de internamentos em hospitais psiquiátricos	Risco de automutilação		Risco da Síndrome do idoso frágil		Risco de quedas		Risco de perfusão tissular periférica ineficaz	
	%	p-valor	%	p-valor	%	p-valor	%	p-valor
1	66,7	0.153	52,4	0.444	66,7	0.153	53,3	0.025
2	85,2		60,0		66,7		74,1	
3-10	68,9		80,0		67,6		63,5	
>10	76,7		80,0		73,3		53,3	
Duração do último internamento								
< 2 anos	65,7	0.120	58,3	0.163	57,1	0.163	51,4	0.093
2-9 Anos	74,2		58,3		69,7		60,6	
>10 anos	71,8		79,3		74,6		64,8	
Tempo de residência em SRT								
<1 ano	60,7	0.003	66,7	0.003	67,9	0.003	71,4	>0.001
1-5 anos	67,7		76,5		66,7		59,6	
>5 anos	87,8		57,7		71,4		57,1	

Na tabela 3, relacionou-se os DE com as variáveis número de internamentos em hospitais psiquiátricos, duração do último internamento e tempo de residência em SRT. Com relação à variável número de internamentos em hospitais psiquiátricos, foi identificada associação estatisticamente significativa com a maioria dos DE, exceto o de Dentição prejudicada, Risco de automutilação, Risco de síndrome do idoso frágil e Risco de quedas. Nos dois últimos diagnósticos citados, percebeu-se que quanto maior o número de internamentos, maior a chance de possuir o DE.

A variável duração do último internamento não obteve associação estatística significativa nos DE, porém, pôde-se perceber que nos DE Estilo de vida sedentário, Risco de violência direcionada a outros, Função cardiovascular prejudicada, Risco de síndrome do idoso frágil e Risco de perfusão tissular prejudicada, quanto maior o tempo de internamento em hospitais psiquiátricos maior o risco de possuir o Diagnóstico de Enfermagem. A variável tempo em SRT verificou associação significativa em todos os DE, exceto no diagnóstico Risco de síndrome do idoso frágil.

Discussão

Serão discutidos, inicialmente, os DE com foco no problema e, posteriormente, os DE de risco mais freqüentes, confrontando com o referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas. Observou-se que dentro das necessidades psicobiológicas o DE mais prevalente foi o de Estilo de vida sedentário. Dados semelhantes a outro estudo com idosos em João Pessoa mostrou que 80% dos indivíduos apresentam estilo de vida sedentário¹⁶. Este DE é definido como, “um costume de vida que se evidencia por um índice diminuído de atividade física”⁷. A Característica Definidora que emergiu na população do estudo para a elaboração deste diagnóstico foi atividade física diária inferior a recomendada para o gênero e a idade. A NHB de exercício e atividade é uma condição básica para prevenir o diagnóstico de estilo de vida sedentário.

A atividade física é denominada de baixo nível quando não alcança o tempo mínimo aconselhado que, para a fase adulta, é de 150 minutos ou mais por semana de atividades moderadas ou 75 minutos ou mais de atividades vigorosas, ou 30 minutos ou mais na maioria dos dias da semana de atividade física moderada e/ou vigorosa¹⁷.

O hábito de vida é um precursor de risco à saúde apontado, no mundo todo, como uma grande apreensão. O sedentarismo indica em nossos dias uma ameaça à saúde por representar

um fator de risco para o aparecimento ou manutenção de doenças crônicas bastante frequentes, dentre elas a hipertensão e o diabetes¹⁸.

Os benefícios da atividade física são importantes, salientando-se a diminuição dos níveis de colesterol, queima de calorias, fortalecimento muscular e ósseo, melhoria na capacidade pulmonar e na flexibilidade das articulações. O exercício físico também age como meio preventivo e no tratamento de inúmeras doenças e agravos não transmissíveis¹⁹.

O costume diário de realizar exercícios físicos influencia positivamente sobre a saúde mental e em outras necessidades básicas, como: redução do estresse, da angústia e da ansiedade, renovação das energias, prazer, relaxamento e bem-estar, além de colaborar na prevenção, recuperação das morbidades psíquicas e diminuição da intensidade dos pensamentos negativos^{20,21}. Diante disto, o estímulo por parte dos profissionais na execução de exercício físico é importante para os moradores do SRT, sabendo que todos eles apresentam morbidades psíquicas e apresentam algum tipo de vulnerabilidade.

O segundo DE com foco no problema mais frequente foi Dentição prejudicada. A NANDA-I o define como “distúrbios na integridade estrutural dos dentes de um indivíduo”⁷. A CD mais relevante foi a ausência de dentes. Neste estudo esta CD foi significativa nos participantes de menor padrão socioeconômico e de baixa escolaridade. Este achado corrobora com outros estudos em públicos distintos^{22,23}.

A saúde bucal refere-se a um conjunto de situações, objetivas e subjetivas, que proporciona ao indivíduo executar atividades como mastigação, deglutição e fonação interferindo diretamente na NHB de nutrição deste morador. Além disso, contribui para a estética oral na qual influencia na autoestima e na convivência social²⁴.

A saúde bucal é parte integrante da saúde em geral e afeta no aspecto pessoal, social e psicológico. Os problemas bucais podem ser associados a variados fatores nestes moradores, como o nível de instrução, condições financeiras, faixa etária, estado de saúde geral, efeitos colaterais das medicações psiquiátricas e acesso ao atendimento odontológico, fazendo com que esse grupo se enquadre em uma categoria de risco elevado para o surgimento de doenças bucais²⁵.

A assistência odontológica deve ser ofertada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), local onde os moradores precisam aguardar atendimento, o que se estende ainda mais o tempo de tratamento ou intervenção clínica além da pouca ação preventiva, deixando este morador mais vulnerável ao edentulismo²⁶. No Brasil, o edentulismo ainda é admitido por

muitos como acontecimento natural do envelhecimento. Todavia, sabe-se, hoje, que essa situação é o reflexo da falta de prevenção, de informação e, conseqüentemente, de cuidados com a higiene bucal, que deveriam ser destinados principalmente à população adulta, proporcionando a manutenção dos dentes naturais até idades mais elevadas, de maneira funcional e saudável²⁷. Existe uma baixa percepção de saúde bucal associada a fatores sociais, econômicos, demográficos e psicossociais, bem como hábitos indesejáveis e péssimas condições bucais clínicas²⁸. Especialmente nos moradores de SRT, este DE pode estar relacionado com o número de internamentos em hospitais psiquiátricos, o qual o cuidado como um todo era negligenciado e pela falta de um acompanhamento interdisciplinar obrigatório dentro dessas residências.

Os DE presentes Risco de função cardiovascular prejudicada e Risco de perfusão tissular periférica ineficaz, estão inseridos dentro das NHB de oxigenação, pois surgem como DE referentes à função cardíaca. Os fatores de risco para a ocorrência deste DE são o estilo de vida sedentário, tabagismo, hipertensão arterial, obesidade, diabetes melito, idade maior ou igual a 65 anos e dislipidemia, sendo o estilo de vida sedentário e o tabagismo com alta frequência nos dois DE.

Apresentam como definição “fragilidade a causas internas ou externas que podem prejudicar um ou mais de um órgão vital e o próprio sistema circulatório” e “fragilidade a uma diminuição da circulação sanguínea periférica, que pode prejudicar a saúde”, respectivamente⁷.

Foi identificado no estudo que com o aumento da idade aumenta-se o risco de desenvolver estes DE. Este achado é mais frequente em idosos, pois o processo de envelhecimento predispõe ao desenvolvimento de doenças crônicas devido às mudanças do perfil protéico e lipídico no organismo, seja ela por falta de atividade física ou por falta de uma dieta saudável²⁹.

A doença cardiovascular nesta população do estudo é prevenível, porém, esta prevenção, não é fácil porque inclui modificação de comportamento do estilo de vida. A doença cardiovascular é uma enfermidade que se desenvolve ao longo de décadas e o seu início compreende a existência de fatores de risco cardiovasculares como tabagismo, sedentarismo, alimentação rica em gorduras e que se somam ao desenvolvimento de outros fatores de risco, como obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e

dislipidemias. O alto índice de fatores de risco para doenças cardiovasculares foi identificada em estudos realizados no Brasil^{30,31}.

A inatividade física foi o fator mais prevalente nos diagnósticos dos moradores, podendo estar relacionada a ausência de conhecimento dos benefícios de um estilo de vida ativo, da carência de locais seguros e adequados à prática regular de atividade física, além da dificuldade inerente a mudanças de comportamento desses moradores³².

O tabagismo foi um fator de risco que também esteve bastante presente nos moradores das SRT. A exposição ao tabaco predispõe a episódios de doenças limitantes e fatais, como doenças respiratórias crônicas, neoplásicas, coronarianas, cerebrovasculares e vasculares periféricas³³. No Brasil, estima-se que o tabagismo seja causador de 25% dos óbitos por infarto do miocárdio e 25% dos óbitos por doença cerebrovascular³⁴.

Nas necessidades psicossociais, o DE mais prevalente foi Risco de identidade pessoal perturbada. Apresenta como definição “vulnerabilidade à incapacidade de conservar compreensão integrada e ampla de si mesmo, capaz de prejudicar a saúde”⁷. Foi identificado como fatores de risco o agente farmacológico, transtorno psiquiátrico, processos familiares disfuncionais e baixa autoestima. Ressalta-se que o DE Risco de identidade pessoal perturbada mostrou-se com risco elevado em moradores com longos internamentos psiquiátricos e com escolaridade mais baixas.

Este DE está inserido nas NHB de aceitação e autoestima, podendo influenciar negativamente na saúde do morador. Sabe-se que a identidade pessoal é um conceito que integra diferentes dimensões, profissional; familiar e social; lazer; e atributos e projetos pessoais. Trata-se de uma definição ligada a conceitos como autonomia, dignidade e respeito, qualidade de vida e independência³⁵. Consistem perigos à identidade pessoal cenários de maior vulnerabilidade decorrentes da convivência com enfermidade neurológica e ausência de controle do corpo ou da ação de dominação por parte dos profissionais de saúde, sendo, por isso, um significativo foco de atenção dos cuidados de enfermagem³⁶.

O DE Risco de suicídio apresenta como definição “fragilidade à trauma autoinfligido que coloca em risco a vida”⁷. Apresentou como fatores de risco o transtorno psiquiátrico, sexo masculino, idade (idoso, homens adultos jovens, adolescentes), economicamente desfavorecido, divorciado, viuvez e história de tentativa de suicídio. Em estudo realizado em Palmas, com 46 casos de óbitos por suicídio, também foram encontrados os mesmos fatores de risco³⁷.

O DE Risco de suicídio se enquadra nas NHB de autoestima e representa a tentativa de resolução de um obstáculo ou crise que está ocasionando um forte tormento, associado a necessidades não satisfatórias, sentimento de desesperança e desamparo, conflitos entre a sobrevivência e estresse insustentável, estreitamento das alternativas e procura pela fuga, em que o suicida apresenta sinais de angústia. O comportamento suicida demonstra um instante de crise, pois se destaca por um momento de desestabilização, de ruptura, de perturbação, de conflitos, de desordem, considerada uma emergência psiquiátrica³⁸.

O suicídio constitui um agravo de saúde pública e está entre as dez principais causas de morte³⁹. Apresenta maior prevalência em indivíduos com nível socioeconômico e escolaridade baixos⁴⁰, o que pode ser uma justificativa para uma alta prevalência do risco de suicídio nos moradores de RT.

A presença de um transtorno psiquiátrico é um dos mais importantes fatores de risco para o suicídio. Admite-se que de 90% a 98% dos indivíduos que se suicidam têm um transtorno mental por ocasião do suicídio. Os transtornos de humor, em especial os estados depressivos, representam o diagnóstico mais frequentes entre os portadores de doença mental que realizaram suicídio⁴¹. Nem todos os casos de suicídio podem ser prevenidos, no entanto, a destreza de lidar com o suicídio faz a diferença, pois muitas vidas poderão ser salvas todos os anos se todas as pessoas que tentarem suicídio forem devidamente orientadas e tratadas⁴².

Nesse sentido, os profissionais do território dos SRT necessitam estar preparados para o relacionamento ao morador com conduta suicida e especialmente a equipe de enfermagem por desempenhar uma atuação importante na prevenção e monitoramento desses moradores. O aumento do conhecimento em relação ao comportamento suicida, suas manifestações, sinais de alerta, fatores de risco, juntamente com intervenção preventiva eficaz seria uma contribuição relevante para reduzir o impacto desse problema de saúde nos moradores dos SRT⁴³.

O DE Risco de violência direcionada a outros apresenta como definição “fragilidade a comportamentos nos quais um indivíduo demonstra que pode ser física, emocional e/ou sexualmente nocivo a outros”⁷. Foram listados como fatores de risco o transtorno psicótico e alteração na função cognitiva, sendo este DE inserido nas NHB de autoestima.

A violência se eleva com o avanço dos comprometimentos psiquiátricos. Acontece quando existe desequilíbrio entre os impulsos e o controle pessoal. Os impulsos podem aumentar pelo comprometimento orgânico ou neurológico somado a conflitos estimulados

pelo meio. Já o controle, tende a minimizar diante fragilidade intrapsíquica. Então, qualquer condição que aumente os impulsos em pessoas com controle diminuído pode acarretar atos violentos. O comportamento agitado e as reações inapropriadas que o morador da SRT apresenta limitam a interação social entre eles próprios e com os profissionais que lá trabalham⁴⁴.

O quadro psiquiátrico que o morador da SRT apresenta pode influenciar o episódio de comportamento agressivo. A incidência de episódios violentos envolvendo indivíduos com distúrbios psiquiátricos, como a esquizofrenia, é cinco vezes superior à que ocorre na população em geral⁴⁵. No estudo pôde-se perceber que quanto maior o número de internamentos e maior a duração deste último, maior risco esse morador apresenta em demonstrar comportamento agressivo com os outros.

Ainda no campo das necessidades psicossociais, o Risco de confusão aguda foi um DE presente e apresenta a definição “fragilidade a distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que acontecem durante um curto período de tempo e que podem prejudicar a saúde”⁷. Foram identificados os seguintes fatores de risco agente farmacológico, gênero masculino, idade maior ou igual a 60 anos, alteração na função cognitiva, demência e história de AVC. No estudo realizado em bancos de dados, com objetivo de identificar um modelo de cuidados que suportasse a ação e a gestão do doente confuso, pelos enfermeiros, foram encontrados os mesmos fatores de risco do estudo em questão⁴⁶.

A confusão aguda é uma desordem transitória e potencialmente reversível, com um surgimento inesperado (desenvolve-se em horas ou dias) e um curso inconstante, resultante de uma instabilidade fisiológica⁴⁷. Os antipsicóticos são os medicamentos de escolha para o tratamento das confusões, porém, estas drogas que deprimem o Sistema Nervoso Central e afetam o status mental, podem elas próprias causar lapsos de memória, desorientação, ‘confusão’ ou agitação, então além de não sanarem o problema que pretendem solucionar, ou pelo menos controlar, ainda o agravam mais⁴⁸. Este achado pode justificar o fato do fator de risco agente farmacológico aparecer em maior frequência nos moradores, sabendo que alguns dos moradores fazem uso de antipsicóticos.

O DE Risco de automutilação apresenta como definição “fragilidade a comportamento autolesivo deliberado, ocasionando dano tissular, com a intenção de desenvolver lesão não fatal para obter alívio de tensão”⁷. Foram listados os fatores de risco transtorno psicótico, atraso no desenvolvimento e autoestima prejudicada, enfatizando assim a NHB de autoestima.

A automutilação é qualquer comportamento intencional envolvendo agressão direta ao próprio corpo sem intenção consciente de suicídio e não socialmente aceita dentro de sua própria cultura e nem para exibição⁴⁹. Ela costuma ser repetitiva, podendo ocorrer mais de 50 atos independentes num mesmo indivíduo, mas as lesões são geralmente superficiais e sem repercussões sistêmicas. A automutilação pode ser pensada por algumas horas, minutos ou menos antes de executar cada incidente, dependendo da situação e oportunidade⁵⁰.

Muito se fala sobre a prática de automutilação em adolescentes, pois a mesma tem início geralmente durante a adolescência, entre os 13 e 14 anos e persiste por 10 a 15 anos, mas pode persistir por décadas e pouco se sabe sobre o que acontece com os adolescentes que permanecem com a automutilação até a fase adulta⁵¹. Porém, no estudo foi identificado que com o aumento da faixa etária o risco para desenvolver o DE foi aumentando, sendo a faixa etária de maior risco os maiores de 60 anos e, também, apresentaram maior risco os moradores que residiam nas SRT por mais que cinco anos.

O DE Risco de quedas tem por definição “fragilidade ao aumento da suscetibilidade a quedas, sendo capaz de ocasionar dano físico e prejudicar a saúde”⁷. Apresentou fatores de risco intrínsecos como agente farmacológico, história de quedas, alteração na função cognitiva, idade maior ou igual a 65 anos, deficiência visual, deficiência auditiva e fatores extrínsecos, entre eles, tapetes soltos, iluminação insuficiente, ambiente desorganizado ou cheio de objetos, uso de dispositivos auxiliares (bengala, andador, cadeira de rodas). Em estudo realizado com idosos residentes na área de abrangência de um Programa de Saúde da Família, no interior paulista encontrou fatores de risco semelhantes ao do estudo em questão, como agente farmacológico, dificuldade visual, pisos escorregadios e tapetes soltos⁵².

Este DE se enquadra nas NHB de segurança, o qual mostra ser de grande relevância para estes moradores, pois os mesmos apresentaram fatores de risco que interferem diretamente nesta segurança. A motivação das quedas é multifatorial, sendo capaz de existir fatores biológicos (idade, sexo, doenças crônicas, declínio nas capacidades física, cognitiva e afetiva), comportamentais (polimedicação, ausência de exercício, calçado inapropriado e abuso de álcool), ambientais (casas em péssimo estado, pisos e escadas desnivelado e iluminação inadequada) e socioeconômicos (rendimento diminuído, más condições habitacionais, ausência de interação social, acesso limitado aos serviços de saúde e sociais, recursos da comunidade precários)⁵³.

As quedas destacam-se entre os fatores que têm colaborado para piorar as situações de saúde e de vida da pessoa idosa, pois constituem a primeira causa de acidentes na população com 60 anos ou mais⁵³. Porém, neste estudo, mesmo a população idosa sendo a maior parte da população, a faixa etária que apresentou maior risco para quedas entre os moradores das SRT, foi a faixa etária de 39 à 59 anos e em seguida a faixa etária maior que 60 anos. Isto pode ser justificado pelo fato dos fatores de risco encontrados nesta população não estarem apenas associados a faixa etária, podendo ser referente ao comprometimento dos moradores em geral, ocasionado pelo número de internamentos psiquiátricos (>10) e pela duração do último internamento em hospitais psiquiátricos (>10 anos), em que ambos apresentaram o risco maior em quem possui este DE.

Mesmo sendo um DE com uma predominância elevada, esses riscos de quedas são passíveis de prevenção, havendo a necessidade de ações educativas envolvendo tanto os moradores como os cuidadores dos mesmos. Além disso, é importante considerar a prescrição criteriosa de medicamentos, pois o uso de agente farmacológico apareceu como sendo o principal fator de risco entre os moradores das SRT, pois sabe-se que o consumo de algumas medicações psicotrópicas aumentam o risco de queda e levam à sua repetição⁵⁴.

Por fim, para o DE Risco de síndrome do idoso frágil os fatores de risco encontrados foram: doença crônica, hospitalização prolongada, atividade física diária inferior à recomendada para o gênero e a idade, história de quedas, déficit sensorial (auditivo, visual), obesidade, idade maior que 70 anos e alteração na função cognitiva.

Por ser um DE de síndrome, este atinge várias NHB, tanto psicobiológicas, como psicossociais, como por exemplo a de locomoção, percepção, crescimento celular e segurança. Apresenta como definição “fragilidade a estado dinâmico de equilíbrio instável que prejudica o idoso que passa por deterioração em um ou mais de um domínio de saúde (físico, funcional, psicológico ou social) e acarreta em um aumento da suscetibilidade a efeitos de saúde adversos, em particular, a incapacidade”⁷.

Pôde-se perceber no estudo que existe uma tendência no que se refere ao número de internamentos em hospitais psiquiátricos e a duração do último internamento dos moradores. A medida que aumenta-se o número de internamentos e a duração do último internamento, aumenta-se a chance desse morador possuir o DE de Risco de síndrome do idoso frágil, ressaltando que a hospitalização prolongada foi um fator de risco evidenciado na maioria dos idosos. Este fato pode ser esclarecido por saber que os moradores que vivenciaram longos

períodos de internação em hospitais psiquiátricos, passaram por uma assistência que ocorria de forma automática e arbitrária, que reflete uma verdadeira autorização de sequestro, privando o paciente de liberdade, mantendo-o em cativeiro⁵⁵.

Então, com a institucionalização em hospitais psiquiátricos acontece uma aceleração e/ou acentuação da velocidade das perdas funcionais dos moradores, perda da autonomia e aumento da dependência, forçando o declínio das funções físicas e cognitivas, afastando-os da vida além dos muros da instituição⁵⁶.

Foi visto que as doenças crônicas aparecem de forma bastante expressiva nos moradores das Residências Terapêuticas, representando um fator de risco importante para o estabelecimento do DE Risco da síndrome do idoso frágil. Também apareceu de maneira expressiva na literatura analisada, com 31,4%. Dentre as doenças crônicas associadas ao DE, têm-se as doenças cardiovasculares, hipertensão arterial, diabetes mellitus e o transtorno psiquiátrico⁵⁷.

Percebe-se a relevância das doenças crônicas como fatores de risco no contexto do DE Risco da síndrome do idoso frágil, pois grande parte dos idosos que convive com pelo menos uma doença crônica faz com que potencialize o surgimento do referido DE, inclusive porque essas doenças crônicas promovem desregulações orgânicas⁵⁷.

Considerações finais

Deve-se enfatizar a relevância deste estudo no que se refere aos princípios da reforma psiquiátrica, pois analisa os Diagnósticos de Enfermagem, juntamente com as necessidades humanas básicas, dos moradores das Residências Terapêuticas.

Os diagnósticos de enfermagem dos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos encontrados foram relacionados a necessidades humanas básicas psicobiológicas (exercício e atividade física, oxigenação, nutrição, motilidade, percepção) e as psicossociais (autoestima, segurança). Tais informações mostram-se relevantes, pois a identificação precoce dessas necessidades possibilita planejamento das ações de cuidado de enfermagem, repercutindo na redução de comorbidades e melhoria da saúde dos moradores como um todo.

Foram identificados dois DE com foco no problema: Dentição prejudicada e Estilo de vida sedentário; e nove DE de risco: Risco de identidade pessoal perturbada, Risco de violência direcionado a outros, Risco de confusão aguda, Risco de função cardiovascular

prejudicada, Risco de automutilação, Risco de síndrome do idoso frágil, Risco de quedas, Risco de perfusão tissular periférica ineficaz.

Então, a realização do PE como um método científico, no tocante aos moradores das SRT, servirá para todo o processo de cuidar dos enfermeiros, auxiliando no planejamento das intervenções de enfermagem, e no alcance dos resultados esperados, assim como os meios para atingi-los.

Os resultados obtidos neste estudo fornecem subsídios à enfermagem e outras áreas da saúde para o planejamento de ações de educação em saúde para prevenção e controle dos agravos identificados de acordo com as necessidades de cada morador. A realização deste trabalho também poderá impulsionar o desenvolvimento de novas investigações e validação dos Diagnósticos de Enfermagem relacionados aos moradores dos Serviços Residenciais Terapêuticos, contribuindo para o incremento de novos conhecimentos em diversas áreas da saúde.

Recomenda-se, também, a aproximação da enfermagem e dos demais profissionais de saúde com as Residências Terapêuticas, que podem e devem tornar-se importantes aliados no desenvolvimento de ações educativas de saúde e de práticas de atividades físicas.

REFERÊNCIAS

1. Bressan VR, Marcolan JF. O desvelar de violações dos direitos humanos em Serviços Residenciais Terapêuticos. *Psicologia em Estudo*. 2016. Jan/mar, 21(1):149-160.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Residências terapêuticas: O que são, para que servem. Série F. Comunicação e educação em saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: 2004. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>> Acesso em: 11 nov. 2015.
3. Brasil. Ministério da saúde. Portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000, Art 1º, parágrafo único. *Diário Oficial da União*, 2000.
4. Pereira EC, Costa-Rosa A. Problematizando a reforma psiquiátrica na atualidade: a saúde mental como campo da práxis. *Saúde Soc*. 2012. 21(4):1035-1043.
5. COFEN. Resolução 358. Conselho Federal de Enfermagem, 2009. Acesso em 21.06.2015. On line. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384> .
6. Potter P. *Fundamentos de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier. 2009.
7. NANDA. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações*. Porto Alegre: Artmed, 2015. 468 p.

8. Garcia TR, Nóbrega MML. Teorias de enfermagem. In: Garcia TR, Egry EY. (Org.). Integralidade da atenção no SUS e Sistematização da Assistência de Enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2010.
9. Horta WA. Processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 102 p.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: 2006.
11. Universidade Federal de Pernambuco. Núcleo de Atenção aos Idosos - NAI Formulário de Consulta de Enfermagem. UFPE, (Mimeo), 2013.
12. Katz et al. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function ,1963.
13. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist.v.9, n.3, p. 179-86, 1969.
14. Risner PB. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In. Christesen PJ, Kenney JW. Nursing process application of conceptual models. St. Louis: Mosby, 1995.367 p.
15. Matos FGOA, Cruz DALM. Construção de instrumento para avaliar a acurácia diagnóstica. Rev Esc Enferm USP. 2009. 43(Esp): 1088-97.
16. Fernandes MGM, Pereira MA, Bastos RAA, Santos KFO. Diagnósticos de enfermagem do domínio atividade/repouso evidenciados por idosos em tratamento hemodialítico. Ver Rene. 2012. 13(4):929-37.
17. Dumith SC. Atividade física e sedentarismo: diferenciação e proposta de nomenclatura. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2010. 15(4):253-254.
18. Martins LCG, Lopes MVO, Guedes NG, Teixeira IX, Sousa VEC, Montoril MH. Diagnóstico de enfermagem estilo de vida sedentário em indivíduos com hipertensão arterial: uma análise de acurácia. Rev Esc Enferm USP. 2014. 48(5):804-10.
19. Mendes M, Melo V, Mares V, Silva C, Moreira P, Santos Júnior W, et AL. Perception and practice of regular physical activity among primary healthcare service users. Rev APS. 2013. 16(2):151-7.
20. Jansen K, Mondin TC, Ores LC, Souza LDM, Konrad CE, Pinheiro RT, Silva RA. Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul. Cad Saúde Pública. 2011. 27(3).
21. Rocha SV, Almeida MMG, Araújo TM, Júnior JSV. Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em município do nordeste do Brasil. J. Bras. Psiquiatr. 2011. 60(2).
22. Garbaccio JL, Ferreira AD. Diagnósticos de enfermagem em uma instituição de longa permanência para idosos. RECOM. 2012. 2(3):303-313.
23. Faria JO, Silva GA. Diagnósticos de enfermagem do domínio segurança e proteção em pessoas com HIV/Aids. Rev. Eletr. Enf. 2014. 16(1):93-9.

24. Oliveira F. Saúde bucal e qualidade de vida de idosos comunitários. Programa de Pós-Graduação em Stricto Sensu em Atenção à Saúde. Pontífica Universidade Católica de Goiás. [DISSERTAÇÃO]. 2016.
25. Carvalhaes CLL. Avaliação da saúde bucal e impacto na qualidade de vida em pacientes com transtornos mentais atendidos co CAPS/Butantã. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. [DISSERTAÇÃO]. 2014.
26. Morales-Chávez MC, Rueda-Delgado YM, Peña-Orozco DA. Prevalence of buccodental pathologies in patients with psychiatric disorders. *J Psychiatr Res*. 2014. S0022-3956(14)198-8.
27. Agostinho ACMG, Campos ML, Silveira JLGC. Edentulismo, uso de prótese e autopercepção de saúde bucal entre idosos. *Rev Odontol UNESP*. 2015. 44(2):74-79.
28. Gabardo MC, Moysés ST, Moysés SJ. Self-rating of oral health according to the Oral Health Impact Profile and associated factors: a systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2013. 33(6):439-45.
29. Lino AS, Silva NQ, Nóbrega MDAC, Cabral SAAO, Santos DP, Silva AP, Neves APM, Oliveira JD, Paula MMMX, Paiva ACC, Santos JOG. Comparação do perfil lipídico e protéico entre adultos sedentários e idosos ativos em uma população selecionada da cidade de Patos-PB. *INTESA*. 2015. 9(1):86-90.
30. Capilheira MF, Santos IS, Azevedo Jr MR, Reichert FF. Risk factors for chronic non-communicable diseases and the CARMEN Initiative: a population-based study in the South of Brazil. *Cad Saude Publica*. 2008. 24(12):2767-74.
31. Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. *Rev Panam Salud Publica*. 2009. 25(6):491-8.
32. Muniz LC, Schneider BC, Silva ICM, Matijasevich A, Santos IS. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2012. 46(3):534-42.
33. Guimarães HRC. Combate ao tabagismo em uma Unidade Básica de Saúde no município de Água Branca – Piauí: um projeto de intervenção. Universidade Federal do Maranhão/UNASUS. [DISSERTAÇÃO]. 2016.
34. Instituto Nacional do Câncer. Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer: modelo lógico e avaliação. Rio de Janeiro, 2013.
35. Breheny M, Stephens C. Negotiating a moral identity in the context of later life care. *Journal of aging studies*. 2012. 26(4):438-447.
36. Rafael HMS. Experiência do autocuidado e identidade pessoal: Um estudo fenomenológico com pessoas idosas que vivem com doença pulmonar obstrutiva crônica. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa. [TESE]. 2015.
37. Ferreira NS, Pessoa VF, Barros RB, Figueiredo AEB, Minayo MCS. Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial. *Ciência&Saúde*. 2014. 19(1):115-126.

38. Silva SL. Ações de enfermagem no atendimento pré-hospitalar ao indivíduo com comportamento suicida: uma revisão integrativa. Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. [MONOGRAFIA]. 2010.
39. Kruger LL, Werlang BSG. Uma dinâmica familiares no contexto da crise suicida. Psico-USF. 2010. 15(1):59-70.
40. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental – nova concepção, nova esperança. Disponível em: <<http://WWW.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>>. Acesso em: 22 de jun 2016.
41. Wasserman D, editor. Suicide, na unnecessary death. London: Martin Dunitz; 2001.
42. Bertolote JM, Santos CM, Botega NJ. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. Revista brasileira de psiquiatria. 2010. 3(2).
43. Carmona-Navarro MC, Pichardo-Martinez MC. Atitudes do profissional de enfermagem em relação ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. Rev Latino-am Enfermagem. 2012. 20(6):1161-1168.
44. Campana MC, Soares MH. Familiares de pessoas com esquizofrenia: sentimentos e atitudes frente ao comportamento agressivo. Cogitare Enferm. 2015. 20(2):338-44.
45. Cornaggia CM, Beghi M, Pavone F, Barale F. Agression in psychiatry wards: a systematic review. Psychiatry Research. 2011. 189(1):10-20.
46. Marques PAO. O doente confuso e a acção de enfermagem, em meio hospitalar. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa. [TESE]. 2011.
47. Rapp, Gene C, et AL. Acute Confusion Assesment Instruments: Clinical Versus Research Usability. Applied Nursing Reserarch. 2000. 1(13).
48. Camargo CR, Oliveira TM. Revisão bibliográfica:risco do uso inadequado e indevido do psicotrópicos no Brasil. Faculdade de Pindamonhangaba. [TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO]. 2013.
49. Nixon MK, Heath NL. Self-injury in youth: the essential guide to assessment and intervention. Oxford: Routledge. 2008.
50. Giusti JS. Automutilação: características clínicas e comparação com pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo. Programa de Psiquiatria. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. [TESE]. 2013.
51. Simeon D, Favazza AR. Self-Injurious behaviors: phenomenology an assessment. In: Simeon D, Hollander E. (eds). Self-injurious behaviors: assessment and treatment. Arlington: American Psychiatric PUB; 2001. P. 1-28.
52. Marin MJS, Rodrigues LCR, Druzian S, Cecílio LCO. Diagnósticos de enfermagem de idosos que utilizam múltiplos medicamentos. Rev Esc Enferm USP. 2010. 44(1):47-52.
53. Reis G, Mayor MS, Pestana H, Santos JM. Quedas, idade avançada e doença mental. Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento. 2015. 1(3):323-337.
54. Chan C, Gau S, Chan H, Tsai Y, Chiu C, Wang S, Huang M. Risk factors for falling in psychiatric inpatients: a prospective, matched case control study. Journal of Psychiattric Research. 2013.

55. Figueirêdo MLR, Delevati DM, Tavares MG. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. *Cadernos de Graduação ciências humanas e sociais*. 2014. 2(2):121-136.
56. Maciel GMC, Silva HC, Freitas MC, Menezes RMP. Fragilidade em idosas residentes de uma Instituição de Longa Permanência. *Rev Enferm UFSM*. 2014. 4(3):635-644.
57. Linck CL. Diagnóstico de enfermagem “Síndrome da fragilidade no idoso”: análise de conceito. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. [DISSERTAÇÃO]. 2015.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As necessidades humanas básicas, apontadas nos resultados da revisão integrativa da literatura, são condizentes com as encontradas no artigo original, visto que nos dois estudos foram evidenciadas necessidades psicobiológicas e psicossociais e não foram identificadas necessidades psicoespirituais.

Revelar os Diagnósticos de Enfermagem e, conseqüentemente, as NHB deste morador se faz, portanto, uma ferramenta importante para o planejamento da assistência. Elencar as necessidades de saúde desses usuários sinaliza para o sistema de saúde e para os profissionais envolvidos, em especial o profissional enfermeiro, quais áreas precisam receber intervenções.

O estudo mostrou que os DE identificados desses moradores sofreu influência dos inúmeros internamentos e do tempo do último internamento que estes indivíduos viveram. Foram apontados vários DE que apresentavam características definidoras e/ou fatores de risco de comorbidades clínicas como hipertensão, diabetes, dislipidemias e tabagismo. Dessa forma, a presença do DE identificado somado ao transtorno mental que esse morador possui e seu histórico de reclusão requer do sistema de saúde a presença de um cuidador que possa orientar a realização de atividades, executar as funções não dominadas pelo usuário e prevenir acidentes, pois sabe-se que muitas vezes o cuidador não está preparado para tal função.

Com base nisto, este morador precisa que o cuidado comunitário a ele ofertado seja diferenciado, como se faz nos grupos populacionais vulneráveis na comunidade. Por meio da presença e atenção da ESF em um trabalho intersetorial e multidisciplinar com a equipe das RT, dos CAPS e dos outros dispositivos da rede de saúde, é possível realizar os encaminhamentos necessários para responder a essas necessidades.

As NHB afetadas que os moradores de SRT de Recife possuíam, no momento da realização do estudo, são exercício e atividades físicas, oxigenação, nutrição, motilidade, percepção, segurança e autoestima. Para a resolução ou manejo destas necessidades básicas é importante que exista envolvimento de outros profissionais da rede que compõe os NASF, as academias da cidade, a Estratégia Saúde da Família (ESF) e os CAPS.

No cenário comunitário, o enfermeiro assume importância como profissional da ESF que acompanha a trajetória dos usuários que residem em seu território adscrito. Ademais, é este profissional que irá planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações exercidas pelos Agentes Comunitário de Saúde, o qual apresentam um trabalho importante no vínculo entre o serviço de saúde e a população, durante o seu acompanhamento.

No que tange ao cuidado nos SRT, considera-se positiva a identificação dos DE dessa população pelo enfermeiro, já que é do escopo de atividades deste profissional o desenvolvimento do processo de enfermagem. Neste sentido, é necessário que se realize uma capacitação dos cuidadores para atuar de acordo com o conhecimento científico e por intermédio de ações condizentes com as necessidades evidenciadas, afim de impedir que os DE com foco no problema se agravem e que os DE de risco se tornem com foco no problema.

A literatura científica atual apresenta um número reduzido de evidências científicas acerca dos SRT, do perfil dos seus moradores e sobre os DE e NHB destes moradores. Diante dessas lacunas, o estudo buscou fornecer informações sobre estes moradores, analisando as suas principais necessidades humanas básicas, através dos Diagnósticos de Enfermagem. Como viés do estudo destaca-se o viés de registro, já que o estudo foi proveniente do banco de dados do projeto mestre.

Este estudo também poderá impulsionar o desenvolvimento de novas investigações sobre Diagnósticos de Enfermagem em moradores de RT. Também, poderá estimular o desenvolvimento de novas pesquisas epidemiológicas acerca dos moradores, contribuindo para o incremento de novos conhecimentos em diversas áreas da saúde. Os achados no estudo precisam ser tomados como ponto de partida para o aprofundamento de investigações, planejamento de ações e enfrentamento das necessidades dessa população que vivenciou anos de desassistência e que teve violação de seus direitos.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil – Art. 196. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
2. Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Genebra, 1946.
3. Antunes B, Willrich JQ, Kantorski LP, Coimbra VCC, Santos EO. As relações de socialização da comunidade de Caxias do Sul com os moradores dos serviços residenciais terapêuticos. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, 2013 abr./jun.; 5(2).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil, documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília; 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 11 nov. 2015.
5. Parente ACM, Menezes LC, Branco FMFC, Sales JCS, Parente ACBV. Reform of psychiatric care in Brazil: reality and perspective. *Revista de Enfermagem da UFPI*, Piauí, 2013 abr./jun. 2(2) 66-73.
6. Martins GCS, Moraes AEC, Santos TCF, Peres MAA, Filho AJA. O processo de implantação de Residências Terapêuticas em Volta Redonda - Rio de Janeiro. *Revista Texto Contexto Enfermagem*. Florianópolis, 2012 Jan-Mar; 21(1): 86-94.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000, Art 1º, parágrafo único. *Diário Oficial da União*, 2000.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Residências terapêuticas: O que são, para que servem. Série F. Comunicação e educação em saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>Acesso em: 11 nov. 2015.
9. Brasil. Secretaria de Educação à saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental em dados 12. 2015.
10. Lopes PF, Garcia APRF, Toledo VP. Processo de Enfermagem no cotidiano do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial. *Rev Rene*. 2014 set-out. 15(5):780-8.

11. Martins R, Cortês MA, Valentim FCV. Educação em saúde e o cuidar pelo enfermeiro na área da saúde mental: enfoque em indivíduos com déficit cognitivo. *Revista Eletrônica da INIVAR*. 2014. 11(1):226-230.
12. Zanardo GM, Zanardo GM, Kaefer CT. Sistematização da Assistência de Enfermagem. *Revista Contexto & Saúde*. 2011 jan/jun. 10(20):1371-1374.
13. Lopes PF, Garcia APRF, Toledo VP. Processo de enfermagem no cotidiano do enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial. *Revista Rene, Campinas*, 2014 set-out, 15(5) 780-8.
14. Esperidião E, Cruz MFR, Silva GA. Perfil e atuação dos enfermeiros da rede especializada em saúde mental de Goiânia-GO. *Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia*, 2011 jul-set, 13(3) 493-501.
15. Tannure MC, Gonçalves AMP. *Sistematização da Assistência de Enfermagem Guia Prático*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
16. Andrade JS, Vieira MJ. Prática assistencial de enfermagem: problemas, perspectivas e necessidade de sistematização. *Revista Brasileira Enfermagem, Sergipe*, 2005 maio-jun, 58(3) 264-5.
17. COFEN. Resolução 358. Conselho Federal de Enfermagem, 2009. Acesso em 21.06.2015. On line. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384> .
18. Alfaro LR. *Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
19. Bittencourt GKGD, Crossetti MGO. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 47(2):341-7.
20. Lopes EB, Pupulim JSL, Oliva APV. Perfil dos Diagnósticos de Enfermagem de pacientes internados em unidade de clínica médica. *Cienc Cuid Saude*. 2016. Abr/Jun 15(2):358-365.
21. NANDA. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações*. Porto Alegre: Artmed, 2015. 468 p.
22. Boccardo AC, Zane FC, Rodrigues S, Mângia EF. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. *Rev. Ter. Ocup., São Paulo*, 2011 22(1) 85-92.

23. Schaurich D, Crossetti MGO. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 2010 jan-mar, 14 (1): 182-88.
24. Horta WA. *Processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 102 p.
25. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Dissertação: Regulamentação da defesa e normas de apresentação. Universidade Federal de Pernambuco, 2011. Disponível em: <<http://www.ppgenfermagem.ufpe.br/images/normasdn.pdf>> acessado em: 11/01/2016.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Política Nacional de Humanização. *O Humaniza SUS na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 40p.
27. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental [internet]. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília; 2005 [citado 2015 set 10]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio15%20anos%20caracas.pdf>.
28. Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma revisão. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2009; 14(1):297-305.
29. Yasui S, Costa-Rosa A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*. 2008. 32:27-37.
30. Santos NM, Silva ERM, Filho JNBS, Câmara JJC. Práticas e estratégias de reinserção na sociedade de um Serviço Residencial Terapêutico em São Luís, Maranhão. *Rev Pesq Saúde*. 2015. 16(2):71-74.
31. Furtado JP, Laperriere H. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes. Coleção Saúde, Cultura e Sociedade. Editora: Unicamp, 2011.
32. Legislação sobre Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental – Portaria nº 3.090/2011, Brasília, 2011.
33. Backes DS, Zamberlan CZ, Colomé J, Souza MT, Marchiori MT, Erdmann AL, Maya AMS. Interatividade sistêmica entre os conceitos interdependentes de cuidado de enfermagem. *Aquichan*. 2016. 16(1):24-31.
34. Reinaldo AMS, Pillon SC. História da enfermagem psiquiátrica e a dependência química no Brasil: atravessando a história para reflexão. *Esc. Anna Nery*. 2007. 11(4) .

35. Soares AN, Silveira BV, Reinaldo, AMS. Serviço de saúde mental e a sua relação com a formação do enfermeiro. *Rev. Rene*, Fortaleza, 2010 jul-set, 11(3):47-56.
36. Cavalcanti PCS, Oliveira RMP, Caccavo PV, Porto IS. O cuidado de enfermagem nos centros de atenção psicossocial. *Rev. Rene*. 2014. 12(1):111-9.
37. Brusamarello T, et al. Cuidado de enfermagem em saúde mental ao paciente internado em hospital psiquiátrico. *CogitareEnferm*, Paraná, 2009. 14(1):79-84.
38. InternacionalCouncilof nurses. Disponível em < <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>>. Atualização em 2015.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº34. Brasília, Ministério da Saúde, 2013.
40. Townsend MC. Conceitos de Cuidados na prática baseada em evidências. Editora EGK. 2015
41. Girade MG, Cruz EMNT, Stefanelli MC. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. *RevEscEnferm USP*. 2006; 2(40):105-10.
42. Paes MR, Borba LO, Labronici LM, Maftum MA. Cuidado ao portador de transtorno mental: percepção da equipe de enfermagem de um pronto atendimento. *CiêncCuid Saúde*. 2010; 9(2):309-316.
43. Fink NB, Borba LO, Mazza VA, Chamma RC, Maftum MA. Educação em saúde na prática assistencial de enfermagem em saúde mental: Relato de experiência. *CiencCuidSaude*, 2012. 11(2):415-9.
44. Lenardt MH, Pivaro ABR, Silva S. O cuidado de si dos idosos: previsibilidade dos agravos da doença crônica [Etapa I]. In: XV Jornada Paranaense de Geriatria e Gerontologia: desafios e conquistas na atenção ao idoso. Curitiba(PR); 2005.
45. Soares LC, Santana MG, Thofehrn MB, Dias DG. Educação em saúde na modalidade grupal: relato de experiência. *Ciênc Cuid Saúde*. 2009; 8(1):118-123.
46. Nagliate PC, Rocha ESB, Godoy S, Mazzo A, Trevizan MA, Mendes IAC. Programação de ensino individualizado para ambiente virtual de aprendizagem: elaboração do conteúdo registro de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013. Jan-fev 21(9).
47. Carvalho CA, Santos ZMSA, Frota MA, Aguiar ACT, Santos PDS, Cavalcante LFD, Junior JIOC, Pinheiro SG, Leite MG, Carneiro RF. Experiências vivenciadas pelo

- enfermeiro assistencial com o Processo de Enfermagem. *Investigação Qualitativa em Saúde*. 2016. Vol. 2.
48. Souza MFG, Santos ADB, Monteiro AL. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de enfermagem de um hospital de ensino. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2013. 66(2):167-73.
 49. Potter P. *Fundamentos de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier. 2009.
 50. Nascimento DM, Nóbrega MML, Carvalho MWA, Norat EM. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados submetidos à prostatectomia. *Rev Eletr Enf*. 2011. 13(2):165-73.
 51. Chianca TCM, Lima APS, Salgado PO. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. *Rev Esc Enferm USP*. 2012. 46(5):1102-08.
 52. Coelho AS. Inserção do cuidado terapêutico na construção do conhecimento da enfermagem. *Rev Eletrônica Enferm Global*. 2010. 18:1-7.
 53. George, JB. *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. 4ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
 54. Schaurich D; Crossetti MGO. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 2010 jan-mar, 14 (1): 182-88.
 55. Manguiera SO, Guimarães FJ, Manguiera JO, Fernandes AFC, Lopes MVO. Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Psicologia & Sociedade*. 2015. 27(1): 157-168.
 56. Polit DF, Beck CT. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática em enfermagem*; 7ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 670p.
 57. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 17(4): 758-764, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.
 58. Ministério da Saúde (BR). *Saúde Mental em Dados 7*. Brasília: DF; 2010. Acesso em 27 Ago 2015.
 59. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. 2006. 1, 14(1), 124–131.

60. Stetler C.B. et al., Evidence-based practice and the role of nursing leadership. JONA. 1998. 28(7-8):45-53.
61. Carvalho KEG, Freitas NO, Souza JC. Promoção da saúde sexual de adolescentes: revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line, Recife, 2014 Set; 8(9):3182-3187.
62. Sitta EI, Arakawa AM, Caldana ML, Peres SHCS. A contribuição de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. Rev. CEFAC, 2010 12(6) 1059-1066.
63. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico: Brasil. 2010. Rio de Janeiro.
64. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: 2006.
65. Universidade Federal de Pernambuco. Núcleo de Atenção aos Idosos - NAI Formulário de Consulta de Enfermagem. UFPE, (Mimeo), 2013.
66. Katz et al. Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function ,1963.
67. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist.1969. 9(3):179-86.
68. Brasil. Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003
69. Risner PB. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In. Christesen PJ, Kenney JW. Nursing process application of conceptual models. St. Louis: Mosby, 1995.367 p.
70. Matos FGOA, Cruz DALM. Construção de instrumento para avaliar a acurácia diagnóstica. Rev Esc Enferm USP. 2009. 43(Esp): 1088-97.

APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1) CARACTERIZAÇÃO					
1. Residência terapêutica (RT):			2. Distrito sanitário:		
Nome do morador:			CURATELADO: () SIM () Não		
3. Data de Nascimento: ____/____/____		4.ID:	5.Sexo: 1.()F 2.()M	6. Naturalidade:	
7. Instituição de origem:			8. Quanto tempo passou nesse hospital de origem?		
9. Há quanto tempo você mora nesta Residência Terapêutica?					
Na casa onde você mora tem:		1.Sim	2.Não	Obs: NSA = Não se aplica	
Piso escorregadio				Degraus adequados e com sinalizações ()NSA	
Presença de tapetes				Barras de apoio nos banheiros	
Presença de objetos desordenados				Assentos sanitários de altura adequada	
Armários difíceis de alcançar				Camas de alturas adequadas	
Iluminação adequada				Obstáculos no caminho	
Corrimão nas escadas: () NSA				Presença de animais	
10. Diagnóstico psiquiátrico:					
11.Possui família? 1.() Sim 2.() Não			12. Qual foi a última vez que teve contato?		
13. Possui trabalho? 1. () Sim 2. () Não			14. Tem uma profissão? 1. () Sim 2. () Não.		
16. Qual a renda mensal total do Sr(a)? 1. () Menos de 1 salário mínimo (Até R\$ 545,00) 2. () De 1-2 salários mínimos (De R\$545,00 a R\$1.090,00) 3. () De 2-4 salários (De R\$ 1.090,00 a R\$ 2.180,00) 4. () Mais de 4 salários (Mais de R\$ 2.180,00) 5. () Sem renda			15. Qual profissão? 17. Fonte de renda: _____		
18. Escolaridade: 1. () Nenhum 2. () Alfabetizado 3. () Ensino Fundamental incompleto 4. () Ensino Fundamental completo		5. () Ensino Médio incompleto 6. () Ensino Médio completo 7. () Superior incompleto 8. () Superior completo ou +		19. Cor/Raça: 1. () Branca 2. () Negra 3. () Parda 4. () Indígena 5. () Asiático	20. Situação Conjugal: 1. () Viúvo(a) 2. () Casado(a) 3. () Em um relacionamento 4. () Solteiro(a) 5. () Separado/divorciado(a)
2) DADOS PESSOAIS					
Fatores de riscos:					
33. () Tabagismo/freq.: _____ 34. () Etilismo/freq.: _____					
35. () Cirurgias anteriores _____					
36. Alergias: _____					
37. Quedas: O senhor (a) já caiu depois que veio morar nessa casa? 1. () Sim 2. () Não					
38. Quantas vezes? Nº: _____ 39. Última vez que caiu: _____					
40. Tomou vacinas nos últimos anos? 1. () Sim 2. () Não			41. O senhor visita o dentista regularmente? 1. () sim, frequência: _____ 2. () não 42. Qual foi a última vez?		
95. Nos últimos 12 meses:					
1. Influenza () 2. Pneumocócica conjugada 13 valente () 3. Pneumocócica conjugada 23 valente ()			4. Tríplice Bacteriana (dTpa ou DT) () 5. Hepatite B () Outras: _____		
43. Toma alguma medicação: 1. () SIM 2. () NÃO			45. Quais os efeitos colaterais de medicações que o senhor(a) percebe? _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
44. Medicações em uso: 1- _____ 2- _____ 3- _____ 4- _____ 5- _____ 6- _____ 7- _____ 8- _____ 9- _____					
3) HÁBITOS/COSTUMES					

46. Religião: 1. () Sim 2. () Não 47. Qual a sua religião? _____ 48. 1. () Praticante: 2. () não praticante	49. Sono/Repouso: (pode marcar mais de uma) 1. () Concilia bem sono noturno 2. () Cochilos durante o dia 3. () Insônia 4. () Outros: _____
50. Qual é o seu Lazer? 1. () TV 2. () Passear 3. () Leitura 4. () Conversar 5. () Outros: _____	
51. O Sr(a) pratica alguma atividade física? 1. () Sim 2. () Não 52. Qual (is)? _____ 53. Duração e freq. Semanal: _____	
4) ANAMNESE	

54. Queixa principal (O senhor tem alguma queixa?): _____

55. História da doença atual: _____

1) ANTECEDENTES CLÍNICOS

56. Familiares: 1.HAS() 2.DM() 3.Cardiopatas () 4.AVC () 5. Parkinson () 6.Nefropatias() 7.Neoplasias() 8. DT () 9. Doenças mentais () 10.Não sabe informar () 11.Outros: _____
57. Pessoais: 1.HAS() 2.DM() 3.Cardiopatas () 4.AVC () 5. Parkinson () 6.Nefropatias() 7.Neoplasias() 8. DT () 9. Doenças mentais () 10.Não sabe informar () 11.Outros: _____

2) AVALIACAO DAS AVD's – Escala de Katz

ATIVIDADES REALIZADAS	MORADOR		CUIDADOR	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
58. BANHO: Não recebe ajuda ou recebe ajuda parcial				
59. VESTIR-SE: Pega as roupas sem ajuda, exceto p/amarrar os sapatos				
60. HIGIENE PESSOAL: Vai ao banheiro, usa, se veste e retorna s/ ajuda				
61. TRANSFERÊNCIA: Deita, senta, levanta e deambula sem ajuda				
62. CONTINÊNCIA: Controla completamente fezes e urina				
63. ALIMENTAÇÃO: Come sem ajuda, exceto para cortar carnes				

*Classificação (1ponto para cada SIM do morador). SCORE: _____

64. Apresenta história de situação de rua? () Sim () Não

65. Apresenta história de abandono familiar? () Sim () Não

66. Apresenta história de perda de documentos? () Sim () Não

67. Número de internamentos psiquiátricos durante a vida:

1.() pelo menos 1 2.() pelo menos 2 3.() entre 3 e 10 internamentos 4.() Mais que 10 internamentos

9) MINI AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (MAN)

SSVV: T: _____ P: _____ bpm FR: _____ mr/min PA: _____ mmHg FC: _____ bpm	
1) Avaliação Antropométrica	
74. Peso: _____ 75. Altura: _____ 76. IMC (peso/altura ²): _____	
77. IMC (peso/altura ²), em Kg/m ² : (0) IMC < 19 (1) 19 ≤ IMC < 21 (2) 21 ≤ IMC < 23 (3) IMC ≥ 23	
78. Circunferência do Braço (CB), em cm: (0,0) CB < 21 (0,5) 21 ≤ CB ≤ 22 (1,0) CB > 22	Circunferência da Panturrilha (CP), em cm: (0) CP < 31 (1) CP ≥ 31
79. Perda de peso nos últimos 3 meses: (0) maior que três quilos (1) não sabe (2) entre um e três quilos (3) não perdeu peso	
2) Avaliação Global	
80. Teve algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? (0) não (1) sim	81. Utiliza mais de 3 medicamentos por dia? (0) não (1) sim (2) não faz uso de medicamento
82. Problemas Neuropsicológicos: (0) demência ou depressão grave (1) demência leve (2) sem problemas psicológicos	83. Mobilidade: (0) restrito ao leito/cadeira de rodas (1) deambula mas não é capaz de sair de casa (2) deambula normalmente Registrar observação: _____ _____
84. Lesões de pele ou escaras: (0) Sim (1) Não Qual?	

3) Avaliação Dietética	
85. Quantas refeições o senhor (a) faz por dia? (0) uma refeição (1) duas refeições (2) três refeições	86 O senhor (a) consome: ▪ Pelo menos uma porção de leite ou derivados por dia? () Sim () Não ▪ Duas ou mais porções de ovos ou leguminosas por semana? () Sim () Não ▪ Carne, peixe ou aves todos os dias? () Sim () Não (0,0) nenhuma ou uma resposta "sim" (0,5) duas respostas "sim" (1,0) três respostas "sim"

87. Consome duas ou mais porções de frutas ou vegetais por dia? (0) não (1) sim	
88. O consumo de alimentos diminuiu nos últimos três meses por causa de perda de apetite, problemas digestivos, dificuldade para mastigar ou deglutir? (0) diminuição severa (1) diminuição moderada (2) não teve diminuição	
89. Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, bebidas) ingere por dia? (0,0) menos de três copos (0,5) três a cinco copos (1,0) mais do que cinco copos	90. Modo de se alimentar (0) não é capaz de se alimentar sozinho (1) alimenta-se sozinho com alguma dificuldade (2) alimenta-se sozinho sem dificuldade
4) Auto-avaliação	
91. O senhor (a) acredita que tem algum problema nutricional? (0) desnutrição (1) não sabe responder (2) não tem problema nutricional	92. Em comparação com pessoas da mesma idade, como o indivíduo avalia a sua saúde? (0) não muito boa (0,5) não sabe responder (1,0) boa (2,0) melhor
TOTAL DE PONTOS OBTIDOS =	93. CLASSIFICAÇÃO MAN: _____ (Olhar quadro abaixo)

Fonte: GUIGOZ,

1994.

Tabela de Classificação do Estado Nutricional	Pontos de Corte
(0) Bem nutrido	> ou = 24 pontos
(1) Risco de desnutrição	17 ≥ 23,5 pontos
(2) Desnutrido	< 17 pontos
Obs: Pontuação máxima obtida	30 pontos

Fonte: GUIGOZ, 1999; HENGSTERMANN, 2000

10) EXAME FÍSICO**ESTADO GERAL:** () Ótimo () Bom () Regular () Comprometido/debilitado**SISTEMA NERVOSO:** Orientação: () Orientado () DesorientadoEstado emocional: () Ansioso () Confuso () Sonolento () Tranquilo**HIGIENE CORPORAL:** () Higienizado () Não higienizado➔ **OLHOS:** Acuidade visual preservada: () Sim () Não; Uso de lentes corretivas () Sim () Não;Uso de óculos () Sim () Não➔ **AUDIÇÃO:** () Sem anormalidades () Diminuída () Uso de prótese➔ **BOCA:** () Sem anormalidades () Exodontia () Uso de próteses**SISTEMA RESPIRATÓRIO:**➔ **Você apresenta algum problema para respirar ou no pulmão?** _____Padrão respiratório: () Eupnéico () Dispnéico () Taquipnéico () Bradpnéico () Dispnéico

Presença de tosse: () Sim () Não. () Tosse seca () Tosse com expectoração _____

SISTEMA CARDIOVASCULAR:

→ **Você apresenta algum problema no coração?** _____

Perfusão tissular periférica: () Normal () Lentificada () Cianose _____

SISTEMA GASTROINTESTINAL : Eliminações Presentes () Sim () Não. Freq. diária _____

→ **Você apresenta algum problema intestinal?** _____

SISTEMA URINÁRIO: Eliminações Presentes () Sim () Não. Freq. diária _____

() Incontinência urinaria () Disúria () Polaciúria () Oligúria () Outros _____

→ **Você apresenta algum problema renal?** _____

Outras observações:

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO USO DE DADOS



AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que cederemos à pesquisadora Marília Alves dos Santos Pereira, o acesso aos dados dos questionários para serem utilizados na pesquisa: Diagnósticos de Enfermagens em pessoas vivendo em Serviço Residencial Terapêutico: à luz da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, que está sob a orientação da Profa. Dra Iracema da Silva Frazão.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se o(a) mesmo(a) a utilizar os dados pessoais dos sujeitos da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Nome/assinatura e carimbo do responsável pela Instituição ou pessoa por ele delegada

ANEXO 2**TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE****TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE**

Título do projeto: Diagnósticos de enfermagem em pessoas vivendo em Serviços Residenciais Terapêuticos: à luz da teoria das Necessidade Humanas Básicas
Pesquisador responsável: Marília Alves dos Santos Pereira
Instituição/Departamento de origem do pesquisador: UFPE / Departamento de Enfermagem
Telefone para contato: (81)99521-4423
E-mail: mariliaalvesenf@hotmail.com

O(s) pesquisador (es) do projeto acima identificado(s) assume(m) o compromisso de:

- Preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados serão estudados;
- Assegurar que as informações serão utilizados, única e exclusivamente, para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os resultados da pesquisa somente serão divulgados de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o voluntário da pesquisa.

O(s) pesquisador (es) declara(m) que os dados coletados nesta pesquisa através de questionários ficarão armazenados em pastas de arquivo e computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora Marília Alves dos Santos Pereira, sob a orientação da Profa. Dra. Iracema da Silva Frazão, no endereço Av. Professor Moraes Rego, 1235 – Cidade Universitária, Recife-PE, pelo período de mínimo 5 anos.

O(s) Pesquisador(es) declara(m), ainda, que a pesquisa só será iniciada após a avaliação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco – CEP/CCS/UFPE.

Recife, 29 de outubro de 2015.

Marília Alves S. Pereira
Assinatura Pesquisador Responsável

ANEXO 3**INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS ADICIONAL****Instrumento de coleta de dados**

Nº: Nome:

Problemas identificados	Correlação dos problemas com as NHB	Diagnósticos de Enfermagem

ANEXO 4

ESCALA DE ACURÁCIA

Escala de Acurácia de Diagnóstico de Enfermagem – Dados Escritos (EADE-DE)

A EADE-DE foi desenvolvida para estimar o grau com que uma afirmação diagnóstica tem sustentação num conjunto de informações clínicas escritas do paciente. Para o uso adequado da escala o avaliador deve estar suficientemente esclarecido sobre conceitos e termos envolvidos na escala. A aplicação da EADE requer que você analise cada diagnóstico formulado para um paciente, com base nos dados escritos de avaliação clínica..

1. Orientações:

A EADE tem 5 itens com respostas dicotômicas. Os itens 1 e 5 indicam se o diagnóstico deve ser pontuado. Os escores dos itens 2 a 4 permitem uma interpretação da acurácia.

- 1 Leia cuidadosamente os dados escritos da avaliação do paciente (entrevista, exame físico e de outras fontes);
- 2 Responda cada item da EADE para cada diagnóstico estabelecido para o paciente;
- 3 Leia cada item e siga as orientações específicas;
- 4 Sempre que necessário, releia os dados de avaliação;
- 5 Consulte a classificação da NANDA-I para comparar os dados da avaliação com os diagnósticos;
- 6 Use o Quadro de Respostas da EADE para documentar seu julgamento.

Item 1 - Há pista(s) para o diagnóstico? Sim Não

Orientação: Considere a definição de pistas como manifestações dos pacientes que representam indícios, vestígios, sinais, indicações ou características de um diagnóstico de enfermagem. Se houver pelo menos uma pista para o diagnóstico, independente de sua relevância, especificidade e coerência, marque a resposta sim. Se a resposta for NÃO, os outros itens não se aplicam. Interrompa aqui a aplicação do EADE para esse diagnóstico.

Item 2 - A relevância da(s) pista(s) existente(s) é: Alta/Moderada Baixa/Nula

Orientação: Considere a definição de relevância da pista como a propriedade de uma pista de ser importante como indicador de um diagnóstico de enfermagem, e indique o grau de relevância da(s) pista(s) existente(s). Se você julgar que há pista(s) nos dois graus de relevância, indique apenas o mais elevado (Alta/Moderada).

Item 3 - A especificidade da(s) pista(s) existente(s) é: Alta/Moderada Baixa/Nula

Orientação: Considere a definição de especificidade da pista como a propriedade de uma pista de ser própria e distintiva de um diagnóstico de enfermagem, e indique o grau de especificidade da(s) pista(s) existente(s). Se você julgar que há pista(s) nos dois graus de especificidade, indique apenas o mais elevado (Alta/Moderada).

Item 4 - A coerência da(s) pista(s) existente(s) é: Alta/Moderada Baixa/Nula

Orientação: Considere a definição de coerência da pista como a propriedade de uma pista de ser consistente com o conjunto das informações disponíveis, e indique o grau de coerência da(s) pista(s) existente(s). Se você julgar que há pista(s) nos dois graus de coerência, indique apenas o mais elevado (Alta/ Moderada).

2. Quadro de Respostas da EADE

Diagnósticos de enfermagem enunciados*	Item 1		Item 2		Item 3		Item 4		Total (grau de acurácia)	Categoria de acurácia
	Há pistas? **		Relevância (pista x diagnóstico)		Especificidade (pista x diagnóstico)		Coerência (Pista x conjunto dos dados)			
	Sim	Não	A/M (1)	B/N (0)	A/M (3,5)	B/N (0)	A/M (8)	B/N(0)		

*Inserir número de linhas igual ao número de diagnósticos a serem avaliados pela EADE. **Quando a resposta for não, não preencher as demais células para o diagnóstico específico (n/a). A: Alta; M: Moderada; B: Baixa; N: Nula.

3. Sistema de pontuação das respostas

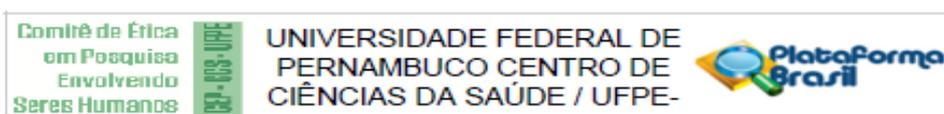
Escore para os itens da EADE				
Itens	Definições	Categorias	Escore de Acurácia	
1	Presença de pista	Presença de manifestações dos pacientes que representam indícios vestígios, sinais, ou características de um diagnóstico de enfermagem	Sim Não	Nenhum
2	Relevância da pista	Propriedade de uma pista de ser importante como indicador de um diagnóstico de enfermagem	Alta/Moderada Baixa/Nula	1 0
3	Especificidade da pista	Propriedade de uma pista de ser própria e distintiva de outro diagnóstico de enfermagem	Alta/Moderada Baixa/Nula	3,5 0
4	Coerência da pista	Propriedade de uma pista de ser consistente com o conjunto das informações disponíveis	Alta/Moderada Baixa/Nula	8 0

Aplice os escores às respostas cada item e some todos os escores de cada diagnóstico. O escore total é interpretado da seguinte forma:

Categorias de acurácia da EADE		
Escore de acurácia	Interpretação	Categoria de acurácia
0	Não há pistas que indiquem o diagnóstico em questão OU As pistas existentes têm baixa relevância, baixa especificidade e baixa coerência	NULA
1 3,5 4,5	A(s) pista(s) presente(s) nos dados de avaliação tem (têm) coerência baixa/nula com os dados da avaliação, mas há pista(s) altamente relevante(s) e/ou altamente específica(s) para o diagnóstico em questão	MODERADA
8,0 9,0 11,5 12,5	A(s) pista(s) presente(s) nos dados de avaliação é (são) altamente coerente(s) com os dados da avaliação E/OU altamente relevante, E/OU altamente específicas para o diagnóstico em questão	ALTA

ANEXO 5

**PARECER CONSUBSTANCIAL DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SERVIÇOS DE RESIDÊNCIAS TERAPÊUTICAS: DEMANDA DE CUIDADOS PARA ENFERMAGEM

Pesquisador: IRACEMA DA SILVA FRAZÃO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37085914.0.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 859.731

Data da Relatoria: 04/11/2014

Apresentação do Projeto:

Através da portaria 106 de 11 de fevereiro de 2000, foram instituídos os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) em saúde mental. Estas instituições são casas inseridas na comunidade e que tem como público os portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, sem suporte social e com laços familiares ausentes ou fragilizados que inviabilizassem sua inserção social. Essas instituições recebem a retaguarda dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das Unidades de Saúde da Família (USF) do território, além de contar com cuidadores de ensino superior e técnico para responder as demandas diárias de cuidado. A Prefeitura do Recife vem buscando alternativas para realizar formações e cursos de atualização para esses profissionais no tocante às necessidades clínicas do morador do SRT. Todavia, para que essas intervenções sejam mais eficazes, é necessário que seja investigado a situação de saúde desse grupo de moradores, além disso, faz-se importante conhecer como se dá a atuação dos profissionais nesses serviços, bem como as necessidades de conhecimento que os mesmos têm, a fim de realizar um diagnóstico prévio das reais necessidades desse grupo. Dessa forma, será possível realizar intervenções educativas construtivistas para contribuir de forma consistente com a mudança de uma realidade.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br