



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

ANDRIELY DE SOUZA OLIVEIRA

**IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE USUÁRIOS DE
UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
CURSO DE ENFERMAGEM
NÚCLEO DE ENFERMAGEM

ANDRIELY DE SOUZA OLIVEIRA

**IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE USUÁRIOS DE
UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharelado em Enfermagem.

Orientador: Jaqueline Galdino
Albuquerque Perelli
Coorientador: Alexciane Priscila da
Silva

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2017

ANDRIELY DE SOUZA OLIVEIRA

**IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE USUÁRIOS DE
UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

TCC apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharelado em Enfermagem.

Aprovado em: 08/07/2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr^a. Jaqueline Galdino Albuquerque Perelli (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr^a Suzana de Oliveira Manguiera (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Ms^a Girliane Silva de Souza (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Ms^a Marília Alves dos Santos Pereira (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

RESUMO

Objetivo: Identificar diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia da Nanda Internacional em usuários de saúde mental de um Centro de Atenção Psicossocial II de um município do Nordeste. **Métodos:** Trata-se de estudo transversal com abordagem quantitativa realizado com 37 usuários. Os dados foram coletados no prontuário e os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes foram rastreados com instrumentos específicos validados para a população brasileira. A pesquisa atendeu às recomendações da resolução nº 466/12. **Resultados:** Os diagnósticos mais frequentes foram: Interação Social prejudicada (93,5%), Risco de violência direcionado a outros (77,4%), Regulação do humor prejudicada (71,0%), Ansiedade (61,3%) e Risco de suicídio (51,6%). **Conclusão:** Os diagnósticos de enfermagem potencializam a necessidade de ações de saúde mental voltadas para o empoderamento e reabilitação psicossocial e, mostraram-se relevantes para a construção do plano terapêutico singular do usuário de saúde mental.

Descritores: Serviços de saúde mental; Enfermagem psiquiátrica; Diagnóstico de enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To identify nursing diagnoses according to Nanda International taxonomy in mental health users of a Psychosocial Care Center II of a municipality in the Northeast.

Methods: This is a cross-sectional study with a quantitative approach performed with 37 users. Data were collected in the medical records and the most prevalent nursing diagnoses were screened with specific instruments validated for the Brazilian population. The Survey complied with the recommendations of resolution 466/12.

Results: The most frequent diagnoses were: Impaired social interaction (93.5%), Risk of violence directed at others (77.4%), Impaired mood regulation (71.0%), Anxiety (61.3%) and Risk of suicide (51.6%).

Conclusion: Nursing diagnoses potentiate the need for mental health actions aimed at empowerment and psychosocial rehabilitation, and are relevant to a construction of the unique therapeutic plan of the mental health users group.

Descriptors: Mental health services; Psychiatric nursing; Nursing diagnosis.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
MATERIAIS E MÉTODOS.....	7
RESULTADOS.....	11
DISCUSSÃO.....	16
CONCLUSÃO.....	19
REFERÊNCIAS.....	19
ANEXO A – NORMAS DA REVISTA.....	23
ANEXO B – PARECER DO CÔMITE DE ÉTICA.....	28

ARTIGO

O PRESENTE TRABALHO ESTÁ APRESENTADO NO FORMATO DE ARTIGO REQUERIDO PELA **REVISTA DE ENFERMAGEM DO NORDESTE** CUJAS NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS SE ENCONTRAM EM ANEXO.

INTRODUÇÃO

A prevalência de problemas relacionados a saúde mental tem progredido de forma crescente e afeta a uma porcentagem significativa da população, representando uma urgência a ser discutida, em virtude da magnitude dos altos níveis de incapacidades físicas e mentais associados, principalmente, em pessoas sem o tratamento adequado. O sofrimento mental e/ou as doenças mentais afetam a vida de qualquer grupo social e ocasionam sofrimento, diminui sua qualidade de vida e interfere na autonomia de praticar seus direitos e deveres de cidadão, além de gerar elevados custos para a pessoa, família e os amplos setores sociais ⁽¹⁾.

Durante muito tempo, os indivíduos com transtorno mental foram discriminados e excluídos da sociedade sob uma lógica de cuidado hospitalocêntrico. Contudo, com a evolução histórica das políticas de assistência em saúde mental surgiram novos princípios e dispositivos que compõe a rede de atenção psicossocial, para atender as necessidades de saúde que progrediram e tornaram-se mais complexas, requer novas formas de cuidado ⁽²⁾.

A assistência de enfermagem em saúde mental requer do enfermeiro o estabelecimento de uma relação terapêutica, como ponto central da prática do cuidar, por meio da qual se estabelece o processo de enfermagem. O processo de enfermagem proporciona maior abrangência na avaliação da saúde do indivíduo, uma vez que o foco do cuidado é direcionado ao reconhecimento da individualidade do sujeito frente a experiência com o sofrimento psíquico no contexto social, cultural e político, não se restringi, portanto, aos sintomas psicopatológicos e ao diagnóstico psiquiátrico ⁽³⁾. Desta forma, o cuidado profissional de enfermagem deve estar elencado nas etapas da sistematização da assistência de enfermagem, pela qual é compreendido diagnóstico de enfermagem como julgamento clínico de respostas e/ou experiências do indivíduo, da família ou comunidade, frente a problemas de saúde e/ou processos vitais reais ou mesmo potenciais. É ainda a base para selecionar intervenções com vistas ao alcance dos resultados de responsabilidade do enfermeiro ^(4,5).

Breve levantamento realizado no período de março a maio de 2016 nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores Diagnóstico de enfermagem, Saúde mental e Serviços de Saúde Mental revelou apenas sete estudos, no Brasil, que discorrem sobre diagnóstico de enfermagem em saúde mental. Nesse contexto, evidencia-se a escassez de pesquisas sobre diagnósticos de enfermagem no contexto do cuidado à pessoa com transtorno mental.

Diante do exposto, com o intuito de contribuir com o reconhecimento do processo de enfermagem como instrumento relevante no trabalho do enfermeiro, sobretudo na área de saúde mental, e prática de identificar diagnósticos de enfermagem por meio do aprimoramento da assistência e intervenções que priorize uma atenção qualificada para cada indivíduo, o objetivo deste estudo foi identificar os principais diagnósticos de enfermagem em usuários atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), com base na taxonomia da NANDA INTERNACIONAL.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal de abordagem quantitativa realizado em um Centro de Atenção Psicossocial II localizado no agreste de Pernambuco. A população foi composta por usuários acompanhados no referido serviço. A amostra foi calculada a partir de uma fórmula para estudos com população infinita, de acordo com os seguintes parâmetros: quantitativo de pacientes atendidos em 2016 ($N=63$); prevalência do fenômeno ($p=50,0\%$); e erro amostral de 10% (0,10). A estimativa amostral foi de 37 usuários.

Os participantes foram selecionados de forma consecutiva, à medida que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idade mínima de 18 anos; ter diagnóstico de transtorno mental; estar em atendimento no serviço no momento da coleta de dados. Foram excluídos os usuários com acentuada sonolência e/ou desorientação decorrente do quadro clínico e/ou do uso de medicamentos psicotrópicos, assim como usuários em situação de crise.

A coleta de dados foi realizada em 2 etapas:

Etapa 1: Para a definição dos diagnósticos de enfermagem a serem investigados e dos instrumentos de medição, primeiramente, foram averiguados 46 prontuários de usuários acompanhados no CAPS II, em 2016, com o intuito de identificar os principais problemas de enfermagem apresentados por esses pacientes na presença de transtornos mentais. Os problemas de enfermagem identificados foram categorizados em uma planilha do excel e

comparados com os possíveis diagnósticos de enfermagem da taxonomia da NANDA I. Nesse processo, foram averiguadas definições e características definidoras dos diagnósticos com o intuito de verificar se esses elementos, de fato, possuíam alguma relação com os dados coletados nos prontuários. Assim, associaram-se os problemas de enfermagem identificados nas evoluções e os diagnósticos de enfermagem da NANDA I. Posteriormente, quantificou-se a repetição de cada diagnóstico de enfermagem e, desta forma, foram selecionados os seguintes diagnósticos de enfermagem: Confusão aguda, Regulação do humor prejudicada, Comunicação verbal prejudicada, Autonegligência, Insônia, Risco de violência direcionada a outros, Ansiedade, Risco de suicídio, Memória prejudicada, Perambulação, Interação social prejudicada e Controle ineficaz da saúde.

Etapa 2: Foram utilizados instrumentos de investigação específicos validados que abrangessem os diagnósticos de enfermagem mais recorrentes: Método de Avaliação da Confusão (CAM) ⁽⁷⁾, Inventário de Depressão de Beck (BDI) ⁽⁸⁾, Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) ⁽⁸⁾, Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) ⁽⁸⁾, Índice de Qualidade de Sono de PITTSBURG ⁽⁹⁾, Questionário de Agressão de Buss-Perry ⁽¹⁰⁾, Inventário de Habilidades Sociais Del-Prette (IHS-Del-Prette) ⁽¹¹⁾ e Questionário sobre qualidade de vida (WHOQOL-BRIEF) ⁽¹²⁾.

Diagnóstico de Enfermagem	Instrumento de avaliação	Pontuação do instrumento	Limitações e potencialidades do instrumento
Confusão aguda	Método de Avaliação da Confusão (CAM)	9 questões baseadas em critérios operacionais a partir da DSM-III-R (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais).	
Regulação do humor prejudicada	Inventário de Depressão de Beck (BDI)	21 itens em escala de 4 pontos (0-3). Sem depressão ou depressão mínima (<10 pontos), depressão leve a moderada (10-18 pontos), depressão moderada a grave (19-29 pontos) e depressão grave (30-63 pontos).	
Ansiedade	Inventário de	21 itens em escala de 4 pontos (0 –	

	Ansiedade de Beck (BAI)	absolutamente não; 1 – levemente; 2 – moderadamente; e 3 – gravemente). Ansiedade mínima (0-7 pontos), leve (8-15 pontos), moderada (16-25 pontos) e severa (26-63).	
Risco de suicídio	Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI)	21 itens, cujas afirmações variam entre 0 e 2. Os 5 primeiros itens são utilizados para triagem da ideação suicida.	
Insônia	Índice de Qualidade de Sono de PITTSBURG	9 itens. Os 5 primeiros possuem respostas subjetivas. Os demais são pontuados em uma escala de 4 pontos (0 – nenhuma vez; 1 – menos de uma vez; 2 – uma a duas vezes; e 3 – três vezes por semana).	
Risco de violência direcionada a outros	Questionário de Agressão de Buss-Perry	29 itens distribuídos em escala likert de 5 pontos (1 –discordo totalmente; 2 – discordo em parte; 3 – nem discordo e nem concordo; 4 – concordo em parte; e 5 – concordo totalmente).	
Interação social prejudicada	Inventário de Habilidades Sociais Del-Prette (IHS-Del-Prette)	38 itens. Habilidade social deficitária, se a soma dos escores totais estiver localizada no percentil 1 a 24,9; boa (percentil 25 a 74,9); e elaborada (percentil 75 a 100).	
	Questionário sobre qualidade de vida (WHOQOL-		

	BRIEF)		
--	--------	--	--

Não foram encontradas ferramentas apropriadas para a mensuração dos diagnósticos de enfermagem: Autonegligência, Perambulação, Controle ineficaz da saúde e Memória prejudicada. Convém salientar que embora existam instrumentos de avaliação da memória, estes não apresentaram relação com as características definidoras da memória prejudicada, conforme a NANDA I. Devido a isso, neste estudo foram avaliados os seguintes diagnósticos de enfermagem: Confusão aguda, Regulação do humor prejudicada, Insônia, Risco de violência direcionada a outros, Ansiedade, Risco de suicídio e Interação social prejudicada.

As pesquisadoras buscaram utilizar instrumentos de medida com elevada confiabilidade com o intuito de aumentar a acurácia das avaliações dos diagnósticos de enfermagem. Entretanto, algumas características definidoras e fatores relacionados são muito peculiares e, portanto, nestes casos, foi necessário elaborar questões específicas que atendessem à essa demanda. Além dos instrumentos citados, foram elaborados roteiros contendo as seguintes informações: caracterização sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar/individual e com que mora); características clínicas (diagnóstico médico, início do adoecimento, internação em outros locais, procedência, uso de medicações e tempo de acompanhamento no CAPS); outras questões sobre os diagnósticos Insônia e Interação social prejudicada.

O processo de inferência diagnóstica ocorreu por meio das escalas, inventários e questionários aplicados. Entretanto, a avaliação dos diagnósticos Confusão aguda e Interação social prejudicada foi realizada por enfermeiras especialistas em saúde mental e com experiência clínica na área, em virtude das peculiaridades desses diagnósticos. Caso a inferência entre duas profissionais apresentasse discordância, uma terceira enfermeira foi convidada a avaliar o fenômeno.

Os resultados da identificação do diagnóstico confusão aguda, devem ser avaliados de forma cautelosa, haja vista que o instrumento não foi validado para populações de pessoas com transtornos mentais e sim para pessoas sadias. Assim, com objetivo de desmistificar a imagem da pessoa com transtorno mental como “paciente violento” e enfraquecer o estigma, os achados devem ser analisados de forma contextualizada, sobretudo, associado às situações de crise, alterações graves da função cognitiva (delírios persecutórios/paranoide e alucinações visuais e auditivas).

A inferência do diagnóstico de enfermagem Interação social prejudicada não foi realizada a partir da avaliação dos escores finais do IHS, pois esse instrumento deve ser

aplicado por ou sob orientação de um psicólogo responsável pelos resultados. Dessa forma, os itens foram utilizados na identificação do diagnóstico de enfermagem com base na literatura e na experiência clínica das enfermeiras, associando com as respectivas características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico, e não para avaliação das habilidades sociais de atribuição do psicólogo.

A coleta de dados ocorreu no período de março a maio de 2017 e foi realizada por duas acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem, previamente treinadas, que já haviam cursado a disciplina Enfermagem em Saúde Mental e Sistematização da Assistência de Enfermagem. Os participantes foram devidamente orientados sobre as ferramentas de medida e as pesquisadoras estiveram disponíveis, a todo momento, para esclarecimentos.

Após a coleta, os dados foram organizados em uma planilha do software excel e analisados com o auxílio do SPSS versão 21.0. A análise ocorreu por meio de frequências absolutas e relativas, estatísticas descritivas (média e desvio-padrão) e testes de associação estatística (Qui-quadrado de Pearson ou Teste Exato de Fisher) definidos de acordo com a frequência de ocorrência das variáveis. O nível de significância estatística para a análise desses testes foi de 5% (0,05). Ainda sobre a análise dos resultados, em virtude das alterações da função cognitiva decorrentes do *Delirium* que, porventura possam dificultar a aplicação dos instrumentos, optou-se por retirar das análises de todos os diagnósticos, exceto Confusão Aguda, os participantes com quadros sugestivos de *Delirium* (n=6). Entretanto, esses usuários não foram excluídos da amostra, haja vista que o fenômeno Confusão Aguda também foi alvo desta investigação.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE), por meio do CAAE nº 59291516.0.0000.5208. O estudo atendeu aos requisitos formais contidos nos padrões regulatórios nacionais e internacionais de pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Os participantes apresentaram, em média 40,16 anos ($\pm 11,46$). Acima da metade é do sexo masculino (n=19; 51,4%). As religiões protestante 32,4% (n=12); e católica 27,0% (n=10); foram as mais citadas. Um percentual de 43,2% se declararam solteiros (n=16). A ocupação dona de casa foi a mais frequente 37,8% (n=14); Quanto à renda familiar, 45,9% (n=17) recebem até um salário mínimo e sobre a renda individual, 54,1% (n=20) também recebem até um salário mínimo. Outro dado importante foi o percentual de usuários que

relatou não possuir nenhuma renda 45,9% (n=17); Quanto à escolaridade, os participantes possuem, em média, 7,21 anos de estudo ($\pm 3,82$).

Com relação aos diagnósticos de enfermagem, a Confusão aguda esteve presente em 45,9% (n=17). A Alteração na função psicomotora e alteração no ciclo sono-vigília foram, respectivamente a característica definidora e o fator relacionado mais frequente. Alteração na função psicomotora, Inquietação, Alteração no ciclo sono-vigília e Idade maior ou igual a 60 anos não mostraram associação com a Confusão Aguda ($p > 0,05$). A tabela 1 apresenta a descrição detalhada desse fenômeno.

Tabela 1: Descrição das características definidoras e dos fatores relacionados do diagnóstico de Enfermagem Confusão aguda identificados em usuários de um CAPS II (n=37). Vitória de Santo Antão, 2017

Variáveis	n	%	Valor de p
DE CONFUSÃO AGUDA			
Presente	17	45,9	--
Ausente	20	54,1	--
CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
Alteração na função psicomotora	23	62,2	0,286 [¥]
Alteração na função cognitiva	16	43,2	<0,001[¥]
Alucinações	10	27,0	<0,001*
Percepções errôneas	10	27,0	<0,001*
Inquietação	9	24,3	1,000*
Alteração do nível de consciência	6	16,2	0,005*
FATORES RELACIONADOS			
Alteração no ciclo sono-vigília	10	27,0	0,460*
Delirium	6	16,2	0,005*
Idade maior ou igual a 60 anos	3	8,1	1,000*

Fonte: dados da pesquisa.

[¥]Teste de qui-quadrado

*Teste Exato de Fisher

Prosseguindo, salienta-se que os resultados dos demais diagnósticos não englobaram os dados de seis usuários com *Delirium*, conforme descrito no método deste estudo. A tabela 2 contém as informações detalhadas sobre os diagnósticos, suas características definidoras, fatores relacionados ou fatores de risco.

Tabela 2: Descrição dos diagnósticos de enfermagem, suas características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco identificados em usuários de um CAPS II (n=31). Vitória de Santo Antão, 2017

Variáveis	n	%	Valor p
DE INTERAÇÃO SOCIAL PREJUDICADA	29	93,5	--

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS

Interação disfuncional com outras pessoas	27	87,1	0,013
Desconforto em situações sociais	21	67,7	1,000
Insatisfação com o envolvimento social	4	12,9	1,000

FATORES RELACIONADOS

Habilidade insuficiente para fortalecimento da reciprocidade	23	74,2	1,000
Barriras de comunicação	22	71,0	1,000
Processos de pensamento perturbados	10	32,3	0,097
Distúrbio no autoconceito	9	29,0	0,077

DE RISCO DE VIOLÊNCIA DIRECIONADA A OUTROS

24 77,4 --

FATORES DE RISCO

Alteração na função cognitiva	21	67,7	<0,001*
Comportamento suicida	16	51,6	0,037*
Impulsividade	12	38,7	0,026*
Transtorno psicótico	7	22,6	0,302*

DE REGULAÇÃO DO HUMOR PREJUDICADA

22 71,0 --

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS

Afastamento	22	71,0	0,005
Irritabilidade	21	67,7	0,001
Concentração prejudicada	14	45,2	0,001
Afeto triste	12	38,7	0,417
Desesperança	12	38,7	0,101
Culpabilização excessiva de si mesmo	11	35,5	0,012
Culpa excessiva	8	25,8	0,068

FATORES RELACIONADOS

Doença crônica (transtorno mental)	31	100,0	--
Alteração no padrão do sono	20	64,5	0,003
Dor	20	64,5	0,038
Ansiedade	19	61,3	0,056
Mudança no apetite	18	58,1	<0,001
Prejuízo funcional	17	54,8	<0,001
Mudança no peso	16	51,6	0,006
Ideias de suicídio recorrentes	15	48,4	0,001
Isolamento social	10	32,3	0,030
Psicose (transtorno psicótico)	7	22,6	0,150

DE ANSIEDADE

19 61,3 --

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS

Medo	22	71,0	<0,001
Palpitações cardíacas	15	48,4	0,001
Nervosismo	14	45,2	0,002
Aumento da transpiração	13	41,9	0,032
Tremores	12	38,7	<0,001
Aumento da tensão	12	38,7	<0,001
Formigamento das extremidades	10	32,3	0,240

Alteração do padrão respiratório	10	32,3	0,004
Dor abdominal	10	32,3	0,004
Rubor facial	9	29,0	0,005
Desmaio	9	29,0	0,418
Tremores nas mãos	8	25,8	0,108
Fator relacionado	31	100,00	--
Mudança importante			
DE RISCO DE SUICÍDIO	16	51,6	--
FATORES DE RISCO			
Economicamente desfavorecido	31	100,0	--
Transtorno psiquiátrico	31	100,0	--
Sexo masculino	16	51,6	0,210 [¥]
História de tentativa de suicídio	16	51,6	<0,001*
Verbalização de desejo de morrer	15	48,4	<0,001*
Homem adulto jovem	12	38,7	0,066*
Ameaça de matar-se	11	35,5	<0,001*
Divorciado	10	32,3	0,220*
Viuvez	8	25,8	1,000*
Morar sozinho	3	9,7	<0,001*
Idoso	2	6,5	1,000*
DE INSÔNIA	8	25,8	--
CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS			
Estado de saúde comprometido	27	87,1	0,550*
Alteração no padrão do sono	26	83,9	0,291*
Padrão de sono não restaurador	26	83,9	0,291*
Alteração no afeto	22	71,0	0,379*
Alteração no humor	22	71,0	0,379*
Energia insuficiente	17	54,8	0,240*
Dificuldade para iniciar o sono	14	45,2	0,011*
Alteração na concentração	14	45,2	0,412*
Insatisfação com o sono	13	41,9	0,004*
Acordar cedo demais	13	41,9	0,043*
Distúrbios do sono que produzem consequências no dia seguinte	9	29,0	1,000*
Redução na qualidade de vida	8	25,8	0,154*
Dificuldade para manter o sono	4	12,9	0,550*
Fatores relacionados			
Depressão	22	71,0	0,379*
Medo	22	71,0	1,000*
Barreira ambiental	20	64,5	0,095*
Ansiedade	19	61,3	0,108*
Cochilos frequentes durante o dia	19	61,3	0,108*
Agente farmacológico	14	45,2	0,412*
Desconforto físico	12	38,7	0,032*
Higiene do sono inadequada	11	35,5	0,012*

Consumo de álcool	5	16,1	1,000*
-------------------	---	------	--------

Fonte: dados da pesquisa

*Teste Exato de Fisher

¥Teste de Qui-quadrado de Person

DE: Diagnóstico de Enfermagem

Segundo dados da tabela 2, aproximadamente 94,0% dos participantes apresentaram Interação Social Prejudicada. A característica Insatisfação com o envolvimento social (12,9%) e os fatores relacionados Processos de pensamento perturbados e Distúrbio no autoconceito foram os menos frequentes. Somente Interação disfuncional com outras pessoas mostrou associação com o diagnóstico citado ($p < 0,05$).

O DE Risco de violência direcionada a outros foi identificado em 77,4% dos usuários ($n=24$). Os fatores de risco mais frequentes foram Alteração na função cognitiva (67,7%) e Comportamento Suicida (51,6%). Somente o fator de risco transtorno psicótico não apresentou associação estatística com o DE ($p > 0,05$).

Regulação do humor prejudicada esteve presente em 71,0% ($n=22$) da amostra. As características definidoras mais frequentes foram: Afastamento (71,0%) e Irritabilidade (67,7%). Não foi encontrada associação entre o diagnóstico e as características Afeto triste, Desesperança e Culpa excessiva ($p > 0,005$). Quanto aos fatores relacionados, Ideias de suicídio recorrentes (48,4%), Isolamento social (32,35) e Psicose (22,6%) foram os de menor ocorrência. Esses fatores, juntamente com a Ansiedade, não apresentaram relação com o diagnóstico em questão ($p > 0,05$).

O DE Ansiedade foi identificado em 61,3% ($n=19$) dos participantes. A característica definidora mais frequente foi Medo (71,0%). Formigamento das extremidades, Aumento da transpiração, Desmaio e Tremores nas mãos não apresentaram associação estatística com a Ansiedade ($p > 0,05$). O fator relacionado Mudança importante (Condição de saúde – presença de transtorno mental) foi encontrado em todos os participantes.

O Risco de suicídio foi encontrado em 51,6% ($n=16$) dos usuários. Os fatores de risco de maior ocorrência foram: Economicamente desfavorecido (100,0%), Transtorno psiquiátrico (100,0%), História de tentativa de suicídio (51,6%) e sexo masculino (51,6%). Ademais, História de tentativa de suicídio, Verbalização do desenho de morrer, Ameaça de matar-se e Morar sozinho mostraram associação estatística com o diagnóstico ($p < 0,05$).

O diagnóstico Insônia esteve presente em 25,8% dos sujeitos pesquisados ($n=8$). As características Dificuldade para iniciar o sono, Insatisfação com o sono, Acordar cedo demais,

Redução da qualidade de vida e os fatores relacionados Desconforto físico e Higiene do sono inadequada apresentaram associação estatística com a Insônia ($p < 0,05$).

DISCUSSÃO

As limitações desta pesquisa estão relacionadas com o tipo de estudo (transversal) que, por definição, retrata a realidade em um determinado momento; tamanho reduzido da amostra; e utilização de dados fornecidos pelos participantes com alterações do estado mental que podem, minimamente, influenciar a compreensão de alguns itens dos instrumentos e, por conseguinte, as respostas dos usuários. Salienta-se que as pesquisadoras forneceram orientações sobre o preenchimento e estiveram disponíveis para esclarecimentos.

Convém destacar que o questionário aplicado para a verificação do diagnóstico de enfermagem Risco de violência direcionado a outros não possui validação para pessoas com transtornos mentais e, portanto, seu ponto de corte foi analisado com cuidado e os resultados verificados com cautela e contextualizados à realidade prática do enfermeiro.

Os dados deste estudo mostraram que os problemas relacionados com a saúde mental atingem usuários que se encontram em uma faixa etária considerada produtiva. Esse achado também foi encontrado em uma pesquisa documental realizada com 71 prontuários de usuários atendidos no CAPS II, em Candeias – Bahia, onde os autores citam que os transtornos mentais atingem um grupo etário que representa as pessoas que se encontram no mercado de trabalho ou que estão na busca por emprego ⁽²¹⁾. Considerando que a atividade laboral pode assumir uma ligação desde imparcialidade até a identidade pessoal e social, o processo de acompanhamento no CAPS deve ser também direcionado à inserção do sujeito no ambiente de trabalho.

Com relação ao sexo, a predominância foi de homens, igualmente ao estudo realizado com 1281 pacientes de um núcleo de saúde mental do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto ⁽¹⁴⁾, onde verificou-se que o sexo masculino representa aproximadamente 60% do total.

A respeito das variáveis escolaridade e renda, os achados indicam que a maioria dos usuários possuem baixo nível de instrução e renda de até um salário mínimo. A literatura demonstra que o grau de escolaridade exerce forte influência na capacidade de interação social. ⁽¹⁴⁾. O fato das pessoas com transtorno mental sofrerem discriminação com relação a doença interfere, de certa forma, no seu acesso à escola e, conseqüentemente, reflete na condição econômica, haja vista que quanto menor a escolaridade, menor a renda do indivíduo,

como é apontando no estudo de Reis e colaboradores ⁽¹⁴⁾. O quantitativo de usuários que não possui nenhuma renda merece destaque, uma vez que esta variável está associada à condição de saúde-doença das pessoas.

No que se refere aos diagnósticos de enfermagem, uma revisão integrativa destaca o impacto significativo causado pela Confusão aguda na vida do indivíduo, principalmente na função cognitiva, sobretudo, na presença do quadro de *Delirium* ⁽²⁰⁾. Embora os conceitos de *Delirium* e a Confusão aguda possuam elementos semelhantes, a NANDA I propõe uma definição mais abrangente ⁽⁵⁾ a saber: “Início abrupto de distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que ocorrem durante um breve período de tempo” ⁽⁵⁾. Entretanto, os pesquisadores são unânimes ao afirmar que o *Delirium* é um estado confusional agudo mais grave. Portanto, a presença desse quadro implica na presença de Confusão Aguda. Contudo, o contrário não ocorre. É possível haver Confusão Aguda, na ausência de *Delirium*.

Sobre o DE Interação Social prejudicada, os dados se assemelham com o estudo realizado com usuários de um CAPS II na região oeste de São Paulo, cujos resultados mostraram a presença do déficit de interação com outras pessoas. Os autores apontam a existência do isolamento, sentimento de abandono e afastamento do contato social dos usuários, esse afastamento se dar muitas vezes por experiências negativas já sofridas. Contudo, essa dificuldade dos usuários com transtorno mental não deve ser considerada como uma característica da doença, mas, como uma consequência da condição social em que vivem, a qual não abre espaço para a inclusão ⁽¹⁹⁾. Ressalta-se que a importância na forma como a sociedade interage com as pessoas com transtornos mentais, uma vez que a experiência de discriminação ocorre como consequência de rejeições e exclusões repetitivas.

Quanto ao DE Risco de violência direcionada a outros, a interpretação dos dados sobre o comportamento violento entre pessoas com transtornos mentais requer cautela. Ainda paira no imaginário social e cultural a associação entre a loucura e a periculosidade, fato que, além de contribuir para o aumento do estigma, evoca a continuidade de uma prática manicomial excludente.

Atualmente, não há um consenso na literatura que fundamente a periculosidade como um atributo das pessoas com transtornos mentais. Um levantamento bibliográfico dos últimos 12 anos, realizado em 2015 acerca dos transtornos mentais e o crime evidenciou que as pessoas com transtornos mentais, particularmente quando em tratamento, não representam risco acrescido de violência sobre a população em geral. Mas, que esses sujeitos têm maior chance de serem vítimas de violência, seja institucional ou advinda do estigma que sustenta a

ideia que todo “louco” comete atos violentos e, conseqüentemente, é um perigo à sociedade ⁽¹⁷⁾. Assim, a criminalização da loucura se impõe como desafio ao campo da saúde mental e, por isso, a interpretação referente à temática deve superar a perspectiva reducionista das dimensões psicopatológicas da violência e compreendê-la enquanto fenômeno social e historicamente determinado.

A Ansiedade foi encontrada em 61,3% dos participantes. Segundo um estudo para caracterizar sintomas ansiosos em 20 indivíduos ⁽¹⁸⁾, expressões inadequadas de medo são as principais características do distúrbio de ansiedade. Os achados destacados pelo autor, corroboram com as características definidoras encontradas nesse estudo: medo, palpitações cardíacas, nervosismo, aumento da transpiração, tremores, aumento da tensão, alteração no padrão respiratório, dor abdominal e rubor facial. Essa sintomatologia pode ser considerada como um estado emocional associada a fatores psicológicos e fisiológicos caracterizada por sensações subjetivas de antecipação.

Sobre o diagnóstico Risco de Suicídio, o suicídio fatal é considerado um grave problema de saúde pública. Dados recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que o suicídio fatal está entre as dez principais causas de óbito no mundo, atingindo principalmente jovens e jovens adultos ⁽²²⁾. O Brasil é o oitavo país em número de suicídios. Ocorrem, em média, 24 suicídios por dia ⁽²³⁾. Para cada óbito por suicídio, cinco ou seis pessoas, em média, são afetadas do ponto de vista emocional, social e econômico ⁽²²⁾. A influência psicológica desse fenômeno é intensa, mesmo para aqueles que não têm ligação direta com a pessoa que morreu ⁽²⁴⁾. Neste estudo, foi evidenciada associação estatística entre o diagnóstico Risco de suicídio e os fatores de risco história de tentativa de suicídio, verbalização do desejo de morrer e ameaça de matar-se. As causas do suicídio são complexas e determinadas por fatores diversos. Os determinantes que influenciam esse fenômeno são biológicos, psicológicos, sociais, ambientais, espirituais, dentre outros ⁽²⁵⁾. Dentre os fatores de risco para o suicídio, a literatura aponta a presença de transtornos mentais, sobretudo a Depressão, como um dos mais importantes. Além disso, a presença de ideação suicida e a história prévia de tentativa de suicídio apresentam estreita relação com a efetivação do suicídio, de modo que, entre os jovens, essa relação é de 100 a 200 tentativas para uma morte consumada ⁽²⁶⁾.

CONCLUSÃO

O transtorno mental que acarreta alterações psicológicas e sociais, as quais que pode desorganizar a vida do sujeito e de sua família, pois são acompanhados de sinais e sintomas que dificultam seu desempenho social.

No presente estudo prevaleceu sexo masculino, religião protestante e católica, renda familiar e individual até um salário mínimo e um percentual preocupante de usuários que não possui renda. Ademais, os usuários possuem baixo nível de escolaridade. Entre os diagnósticos de enfermagem investigados, os mais frequentes foram: confusão aguda, regulação do humor prejudicada, insônia, risco de violência direcionada a outros, ansiedade, risco de suicídio e interação sócia prejudicada.

Os diagnósticos de enfermagem potencializam a necessidade de o enfermeiro desenvolver ações de saúde mental voltadas para promoção da autonomia e reabilitação psicossocial. Dessa forma, as intervenções de enfermagem devem contemplar as dimensões psicossociais associadas com os transtornos mentais, sobretudo quanto ao fortalecimento dos vínculos sociais e afetivos, controle das emoções, diminuição da ansiedade e prevenção do suicídio.

Espera-se que este estudo contribua para o aprimoramento das ações de enfermagem no CAPS, a fim de promover melhoria na qualidade de vida dessa população. Percebe-se também a importância da continuidade nas investigações sobre os diagnósticos de enfermagem no contexto do CAPS e de outros serviços de saúde mental, com amostras maiores e maior rigor metodológico, possibilitando comparações futuras, mediante a ampliação e aprofundamento teórico-prático dessa temática.

REFERÊNCIAS

1. Gonçalves DA, Mari JJ, Bower P, Gask L, Dowrick C, Tófoli LF, Campos M, Portugal FB, Ballester D et al. Brazilian multicentre study of common mental disorders in primary care: rates and related social and demographic factors. *Cad. Saúd Públ.* [Internet]. 2014. [acesso em 2017 mar 28]; Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2014000300623.
2. Fernandes MA, Silva EM, Ibiapina ARS. Cuidado de enfermagem ao indivíduo com transtorno mental: estudo em um hospital geral. *Rev. Interd.* [Internet]. 2015 [acesso em 2016

abr 30]; 8(4):163-173. Disponível em: <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/79>.

3. Garcia APRF, Freitas MIP, Lamas JLT, Toledo VP. Nursing process in mental health: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 2017 abr 28]; 70(1):209-1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672017000100220&script=sci_arttext&tlng=en.
4. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 358 de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Cofen; 2009.
5. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.
6. Castaño MY, Erazo CIC, Piedrahita SLE. Aplicación del proceso de enfermería en la atención domiciliar de personas con enfermedad mental. *Rev. Electr. trimest. de Enfer.* [Internet]. 2012. [acesso em 2016 abr 05]; (28). Disponível a partir <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/clinica4.pdf>.
7. Sampaio FMC. Confusion Assessment Method: Tradução e validação para a população portuguesa. [Dissertação]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2012.
8. Martins CMS. Análise da ocorrência de estresse precoce em pacientes psiquiátricos adultos. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de SP; 2012.
9. Furlani R. Padrões do ciclo vigília/sono de mulheres hospitalizadas em serviços de oncologia ginecológica. [Dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2005.
10. Esteves, GGL. Comportamento antissocial: uma avaliação a partir da agressividade, personalidade e psicopatia. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2014.
11. Scemes S. Avaliação da aplicação do inventário de habilidades sociais em pacientes com esquizofrenia. Faculdade de Medicina da Universidade de SP. Dissertação (mestrado). São Paulo, 2012.
12. Miranda, LCV. Fatores associados à qualidade de vida de idosos de um Centro de Referência, em Belo Horizonte, Minas Gerais. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, 2014.

13. Silva TPS, Sougey EB, Silva J. Estigma social no comportamento suicida: reflexões bioéticas. *Rev. bioét.* [Internet]. 2015; [acesso em 2017 mai 05]; 23 (2): 419-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v23n2/1983-8034-bioet-23-2-0419.pdf>.
14. Reis L, Pereira S, Cardoso L, Donato EDG. Transtornos mentais orgânicos em um ambulatório de saúde mental brasileiro. *Rev. Port. de Enf. Mental.* [Internet]. 2013. [acesso em 2017 abr 10]; (9), 48-53. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n9/n9a08.pdf>.
15. Bellettini F, Gomes KM. Perfil dos usuários do centro de atenção psicossocial e do programa de saúde mental no município de Orleans – SC. *Cad. Bras.de Saú. Mental.* [Internet]. 2013. [acesso em 2017 mai 10]; 5(12), 161-175. Disponível em: <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Cristiana-RopelattoCaetano.pdf>
16. Oliveira MIV, Filho JGB, Lima MVN, Ferreira, CC, Garcia LU, Goes LSP. Características psicossociais de usuários de um centro de atenção psicossocial com história de tentativa de suicídio. *Rev. Eletr. Saúd. Mental Álcool e Drogas.* [Internet]. 2013. [acesso em 2017 mar 12]; 9(3):136-43. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/86744>.
17. Alves FS. Transtornos mentais e o crime: o esquizofrênico está mais suscetível à prática criminal? [Dissertação]. 2015. [acesso em 2015abr 07]. Disponível em: <https://repositorio.ucb.br/jspui/bitstream/10869/5688/5/FI%C3%A1vio%20da%20Silva%20Alves.pdf>
18. Montiel JM, Bartholomeu D, Machado AA. Caracterização dos sintomas de ansiedade em pacientes com transtorno de pânico. *Bol. - Acad. Paul. Psicol.* [Internet]. 2014. [acesso em 2017 mar 28]; 34(86). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2014000100012
19. Salles MM. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. *Rev. Ciên. & Saúde Coletiva.* [Internet]. 2013. [acesso em 2017 mai 29]18(7). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/28.pdf>.
20. Marques PAO, Cruz SSSMS, Marques MLMM. Conceito de delirium versus confusão aguda. *Rev de Enf. Ref.* [Internet]. 2013. [acesso em 2017 mar 28]; Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn10/serIIIIn10a19.pdf>.
21. Cruz LS, Carmo DC, Sacramento DMS, Almeida MSP, Silveira HF, Junior HLR. Perfil de pacientes com transtornos mentais atendidos no centro de atenção psicossocial do município de Candeias- Bahia. *Rev. Bras. de Ciên. da Saúde.* [Internet]. 2016. [acesso em

- 2017 abr. 21]; 20(2):93-98. Disponível em: periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/download/24886/15622.
22. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Preveting suicide: a global imperative. Genebra: OMS, [Internet]. 2014. [acesso em 2017 jun 05]; Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua.
23. Minayo, MCS. Comportamento suicida e suicídio consumado na velhice. In: Minayo MCS, Figueiredo, AEB, Silva, RM (org.). Comportamento suicida de idosos. Fortaleza: Edições UFC, 2016. 437p.
24. Cavalcante, FG, Minayo, MCS. Estudo qualitativo sobre tentativas e ideações suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. Rev. Ciên. e Saúde Coletiva. [Internet]. 2015. [acesso em 2017 mai 05]; 20(6).
25. Santos, MJ. Da proteção ao risco. In: Saraiva, CB, Peixoto, B, Sampaio, D. Suicídio e comportamentos autolesivos: dos conceitos à prática clínica. Lisboa: LIDEL – edições técnicas, 2014.
26. O’Connell H, Chin A-V, Cunningham C, Lawlor BA. Recent developments: Suicide in older people. British Medical Journal. [Internet]. 2004. [acesso em 2016 set 13]; 329(7471):895-899. Disponível em: [10.1136/bmj.329.7471.895](https://doi.org/10.1136/bmj.329.7471.895)

ANEXO A – NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA

Revista de Enfermagem do Nordeste - REV RENE

Preparação manuscrita para apresentação

Formatação

As obras devem ser apresentadas no formato Word para Windows, impresso em folha A4, com um espaço de linha de 1,5, margens em todos os lados de 2,5 cm, tamanho da fonte 12, Times New Roman e parágrafos alinhados a 1cm.

Primeira página

Título do papel: sintético e objetivo, apresentado unicamente no idioma de submissão, fonte em negrito; Com um máximo de 14 palavras, em maiúsculas, letra maiúscula para a primeira palavra e / ou nomes, centrados, tamanho da fonte 12, *Times New Roman*. Deve-se evitar o uso: localização geográfica da pesquisa, abreviaturas e identificação do tipo de estudo.

Autores: a indicação dos nomes dos autores imediatamente abaixo do título do papel é limitada a seis e deve ser apresentada seguindo o texto, no tamanho da fonte 12, com as primeiras letras maiúsculas, separadas por vírgulas e números sobrescritos.

Ie: Ana Fátima Carvalho Fernandes ¹, Thereza Maria Magalhães Moreira ²

Resumo: deve ser estruturado, sem siglas, apenas na linguagem de submissão, com um máximo de 150 palavras, com objetivos, métodos (sem período e local de estudo), principais achados e conclusões, proporcionando assim uma visão clara e concisa de o conteúdo. Ele deve ser elaborado em um espaço de 1,5cm, tamanho da fonte 12, *Times New Roman*, na mesma seqüência do título.

Descritores: em português e inglês, separados por ponto e vírgula e primeiras letras maiúsculas, exceto para preposições; Eles devem acompanhar o resumo e se encaixam em um montante entre três e cinco. Deve usar os descritores mencionados nas "*Descritores nas Ciências da Saúde*" - DECS / LILACS / BIREME, que estão disponíveis em <http://decs.bvs.br/>, e / ou MESH / "Medical Subject Headings" - Índice Medicus. Nomenclatura dos descritores: *Descritores* e *Descriptor*s, tamanho da fonte 12, em formatação em negrito.

Notas dos autores: indicação da instituição a que estão vinculados, cidade, estado e país. Depois disso, eles devem informar o nome completo e o endereço com o CEP do autor correspondente.

As afiliações dos autores, bem como seus endereços eletrônicos, devem ser expressas em Metadados de Envio.

Ie: ¹ Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil.

Autor correspondente: nome do autor

Endereço completo, com CEP e e-mail.

Corpo de texto

Texto: não se deve usar abreviaturas no texto, priorizando sua descrição, exceto aqueles reconhecidos internacionalmente. A estrutura necessária para cada categoria de manuscrito deve ser obedecida.

Introdução - o objetivo da introdução é apresentar o fundamento teórico sobre o objeto de estudo, além de enunciar, com justificativas e explicações adequadas, a originalidade, validade, finalidade e aplicabilidade desejada da contribuição para o conhecimento. Deve-se evitar a menção de comunicações pessoais ou materiais inéditos. O objetivo deve ser colocado no último parágrafo da introdução e cada objetivo deve ser acompanhado de uma conclusão.

Métodos - descreve a forma como a pesquisa foi realizada, a lógica de raciocínio do autor no arranjo dos procedimentos e técnicas utilizadas para obter os resultados. O método estatístico e o critério matemático de significância dos dados também devem ser declarados. Deve-se estruturar da seguinte forma sem sub-itens: tipo de projeto de pesquisa, população (explicando os critérios de seleção), cálculo do tamanho da amostra, instrumento de medição (com informações sobre a validade e precisão), coleta e análise de dados. Nos casos de pesquisa envolvendo seres humanos, deve-se terminar com a seguinte frase: o estudo atendeu aos requisitos formais contidos nos padrões regulatórios nacionais e internacionais de pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados - descrição do que foi obtido na pesquisa, e é exclusiva do pesquisador, sem aspas, comentários ou interpretações pessoais (subjetivas).

Discussão - deve apresentar uma avaliação crítica do autor, os aspectos novos e importantes do estudo e a explicação sobre o significado dos resultados obtidos e suas limitações, relacionando-os com outros estudos. A linguagem obedece a um estilo crítico, e o verbo aparece no passado. A essência da discussão é a interpretação dos resultados obtidos e sua relação com o conhecimento existente, de forma a obter uma conclusão. Deve começar a discussão explicando os limites dos resultados, lembrando que o limite é dado pelo método escolhido. No segundo parágrafo, deve-se explicar o contributo dos resultados deste estudo e sua aplicabilidade prática.

Nota: Os trabalhos devem apresentar os resultados separados da discussão.

Conclusão / Considerações finais - deve **apresentar** uma escrita simples e direta, com frases claras, demonstrando assim o cumprimento do objetivo proposto. No caso de mais de um objetivo, deve haver uma conclusão para cada objetivo. Nenhum outro comentário deve ser incluído na conclusão. Esta seção não deve ter aspas.

Obrigado - este é um item opcional. Pode incluir pessoas envolvidas, desde que não estejam configuradas como autores ou instituições. No caso do apoio financeiro de uma instituição, deve-se informar o número do caso.

Colaborações - este é um item obrigatório. Um deve informar sobre os seguintes aspectos: 1. Projeto e projeto ou análise e interpretação de dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser totalmente atendidas.

Referências - as referências de documentos impressos e / ou eletrônicos devem seguir o estilo de Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revista Médica, disponível no site <http://www.icmje.org/>. O alinhamento das referências deve ser conduzido pela margem justificada. Os títulos das revistas devem ser abreviados de acordo com a *Lista de revistas indexadas no Index Medicus e International Nursing Index*. Para revistas que não estão inseridas neste site, deve-se usar as abreviaturas do National Union Catalog of Serials (CCN), que pertence ao IBICT, disponível em <http://ccn.ibict.br/busca.jsf> e no Portal De Revistas Científicas em Ciências da Saúde da BVS, disponível em <http://portal.revistas.bvs.br>. **As referências são usadas para convencer o leitor sobre a validade dos fatos e argumentos apresentados. Quando escolhidos adequadamente, eles proporcionam maior credibilidade ao trabalho.** Observação: deve-se priorizar a menção de referências atualizadas, ou seja, publicadas nos últimos cinco anos, considerando o tempo da submissão do manuscrito.

- As referências devem ser retiradas de revistas científicas indexadas em bases de dados nacionais e internacionais que foram totalmente consultadas pelo autor e que têm relação direta e relevante com o assunto em questão;
- Não deve incluir referências que não podem ser recuperadas no original pelo leitor, tais como teses e dissertações, documentos de termo e outras fontes inacessíveis (folhetos, anais, etc.) ou trabalhos de expressão científica reduzida, na lista. A referência atual, em outras palavras, a menção de obras recentes, com menos de cinco anos, é essencial nos documentos originais;
- No texto, as citações devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, entre colchetes, sobrescrito e sem menção aos nomes dos autores. Ou seja: ⁽¹⁾. Ao

lidar com uma citação seqüencial, um deve separar os números por um traço (ou seja, 1-6); Quando intercalado, deve-se usar vírgulas (ou seja, 2,6,10);

- As referências devem ser apresentadas sem negrito, itálico ou ênfase;
- As referências a artigos publicados em revistas latino-americanas e que têm versão em inglês devem ser mencionadas com o título em inglês;
- Não se deve incluir mais de 20 referências e menos de 15.

Na lista no final:

Autores: deve-se mencionar até seis autores, separados por vírgulas, começando com o sobrenome, com apenas a primeira letra em formato em maiúsculas, seguido das primeiras letras de nomes e outros sobrenomes, sem um ponto ou qualquer outro elemento conectivo entre eles. Ou seja: Vasconcelos FF, e não Vasconcelos, FF Para referências com mais de seis autores, deve-se listar os primeiros seis acompanhados por et al, separados por vírgulas.

Páginas: um deve eliminar dezenas ou centenas que são repetidas. Ou seja: deve-se usar 43-8, e não 43-48. A colocação da página na citação deve ser a seguinte: o número do autor seguido por dois pontos e número da página. Ou seja: (1:15).

Notas: deve-se transcrever na linguagem dos dados de trabalho, tais como: “em Disponível”, “citou dia mês do ano” [citado 2014 janeiro 20th]; Inglês: “Disponível a partir” e “dia mês do ano citado” [citado 2014 janeiro 20th] etc.

Elementos constituintes

Discursos : em estudos qualitativos, os discursos devem ser apresentados em itálico, sem colchetes e citações, com um ponto após a identificação do entrevistado, tamanho da fonte 10 e seguindo o parágrafo. Não se deve usar itálico na identificação do entrevistado.

Tabelas: o número é limitado a três, em relação ao todo. Eles devem ter títulos concisos (sem lugar presente e ano do estudo); Eles devem ser numerados consecutivamente, com algarismos arábicos, na seqüência que são citados no texto. Não se deve usar linhas internas verticais ou horizontais. As notas explicativas devem aparecer na parte inferior das tabelas e não no título ou no cabeçalho. Eles devem ser apresentados em preto e branco, sem sombreamento, e dentro do próprio texto. Um deve formatar com a ferramenta Word "inserir tabela", usando o tamanho da fonte 12, *Times New Roman* . Não se deve exceder uma página.

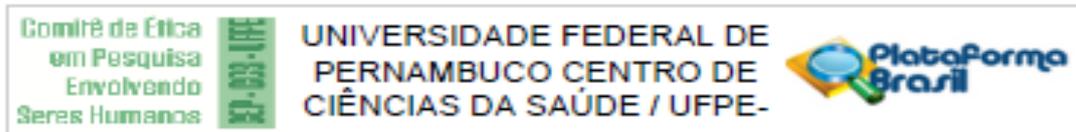
Figuras: os números são reconhecidos como gráficos, gráficos, desenhos e imagens; Eles deveriam ter sido desenhados ou tomados por profissionais ou demonstrar excelente qualidade de impressão digital. Eles devem ser numerados consecutivamente com algarismos arábicos na seqüência que são citados no texto. As ilustrações devem ser claras o suficiente para permitir sua reprodução. Não permitiremos que o conteúdo dos gráficos seja o mesmo que o

das tabelas. As legendas de figuras, símbolos, números e outros sinais precisam ser identificados e descritos em relação ao seu significado. Se os autores optarem por usar ilustrações publicadas anteriormente, elas devem enviar um pedido de autorização por escrito para sua reprodução. Eles deveriam estar em preto e branco. Os títulos devem ser apresentados abaixo das ilustrações.

Abreviações e símbolos: não se deve usar, optando por descrevê-los, exceto os reconhecidos internacionalmente.

Notas de rodapé: não se deve usar.

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Pesquisador: JAQUELINE GALDINO ALBUQUERQUE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59291516.0.0000.5208

Instituição Proponente: Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.763.476

Apresentação do Projeto:

Pesquisa da professora? TCC?

Aluna: Andrielly de Souza Oliveira

Orientadora: Professora Jacqueline Galdino Albuquerque

Co-Orientadora: Alexiane Priscila Silva

Estudo transversal de abordagem quantitativa.

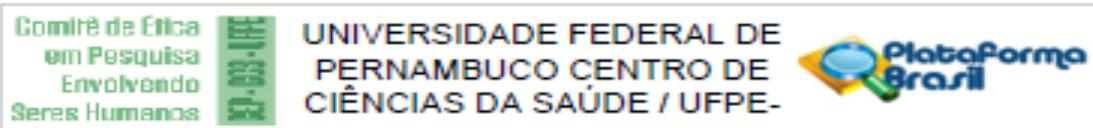
Local: Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II do município de Vitória de Santo Antão - PE.

População e amostra do estudo: usuários adultos em atendimento - 44

Coleta dos dados: Por meio de entrevista, no período de novembro de 2016 a fevereiro de 2017.

Análise: "os dados serão organizados em uma planilha do software excel e analisados a partir do pacote estatístico SPSS. Serão utilizadas medidas descritivas, de frequências e testes paramétricos e/ou não paramétricos a depender da natureza de distribuição dos dados".

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepcos@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.763.476

Objetivo da Pesquisa:

Geral: "Analisar diagnósticos de enfermagem com base na taxonomia da NANDA I em usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, da cidade de Vitória de Santo Antão.

"Secundários:

- Identificar as características definidoras dos diagnósticos de enfermagem com base na taxonomia da NANDA I, em usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, da cidade de Vitória de Santo Antão;
- Descrever os fatores relacionados dos diagnósticos de enfermagem com base na taxonomia da NANDA I, em usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, da cidade de Vitória de Santo Antão.

Critérios de Inclusão:

"Ter 18 anos ou mais. Ter diagnóstico de transtorno mental descrito no prontuário.

Usuários que se encontram em atendimento no serviço".

Critérios de exclusão: "Usuários com acentuada sonolência e/ou desorientação decorrente do quadro clínico ou do uso de medicamentos psicotrópicos".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco: "O processo da pesquisa, incluindo a coleta de dados poderá causar algum constrangimento aos participantes, para minimizar isso, a entrevista será realizada em ambiente reservado e de forma individualizada".

Benefícios: "Os benefícios para os voluntários serão oferta de maior conhecimento sobre determinados comportamentos que podem interferir no seu estado mental e provocar maior sofrimento psíquico".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Adequados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto - Assinada pelo diretor do CAV

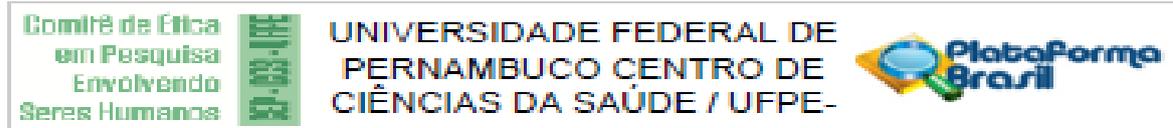
Carta de anuência - Secretaria de Saúde do município onde será realizada a pesquisa

Curriculos - Anexados

TCLE - De acordo com resolução 466/12

Termo de confidencialidade - Anexado

Endereço: Av. de Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.703.478

Orçamento - Financiamento próprio

Cronograma - Compatível

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio da Notificação com o Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as Instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEPIUFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (Item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética, relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (Item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-800
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepcos@ufpe.br

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos

50-00-000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.703.470

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS_DO_P ROJETO_781349.pdf	30/08/2016 09:27:55		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEAndriely.doc	30/08/2016 09:27:33	JACQUELINE GALDINO ALBUQUERQUE	Aceito
Folha de Rosto	FolhaAndriely.pdf	27/08/2016 08:50:41	JACQUELINE GALDINO ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	LattesAndriely.pdf	27/08/2016 08:46:19	JACQUELINE GALDINO ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	LattesAlexdiane.pdf	27/08/2016 08:45:08	JACQUELINE GALDINO ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	LattesJaqueline.pdf	24/08/2016 22:31:21	JACQUELINE GALDINO ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	termoconfidencialidadeAndriely.pdf	24/08/2016 22:30:02	JACQUELINE GALDINO ALBUQUERQUE	Aceito
Outros	cartaAndriely.jpg	24/08/2016 22:29:41	JACQUELINE GALDINO ALBUQUERQUE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TOCversao24deagostoAndriely.doc	24/08/2016 22:28:39	JACQUELINE GALDINO ALBUQUERQUE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 05 de Outubro de 2016

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. de 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