

Assistência à saúde mental: identificação de diagnósticos de enfermagem em serviço comunitário de saúde mental

Mental health assistance: identification of nursing diagnoses in a community mental health service

Asistencia en salud mental: identificación de diagnósticos de enfermería en un servicio comunitario de salud mental

Eurides Santos Pinho¹

ORCID: 0000-0002-1158-8247

Adrielle Cristina Silva Souza²

ORCID: 0000-0002-9169-7143

Ana Caroline Gonçalves Cavalcante Moreira¹

ORCID: 0000-0002-2161-8147

Luzana Eva Ferreira Lopes Nogueira¹

ORCID: 0000-0002-5927-9646

Amanda Melo e Santos Limongi¹

ORCID: 0000-0001-9652-1887

Nathália dos Santos Silva¹

ORCID: 0000-0001-6667-3951

Johnatan Martins Sousa¹

ORCID: 0000-0002-1152-0795

RESUMO

Objetivo: mapear e identificar os diagnósticos de enfermagem direcionados para usuários em acolhimento noturno em Centro de Atenção Psicossocial segundo a Taxonomia NANDA-I. **Método:** estudo descritivo-exploratório, do tipo pesquisa documental de 319 registros em prontuários. Realizado em um Centro de Atenção Psicossocial III no estado de Goiás, no período 2014-2018. Extraíram-se diagnósticos e registros de enfermagem com linguagem não padronizada. **Resultados:** identificaram-se 813 registros de diagnósticos de enfermagem contemplados em 53 diferentes títulos, em 10 domínios. O diagnóstico mais frequente foi risco de autoextermínio. O domínio com maior número de registros de diagnósticos foi o de atividade/repouso. Houve predominância de diagnósticos com foco no problema. **Considerações finais:** o mapeamento contribui para o planejamento das intervenções de enfermagem baseadas em evidência e para o fortalecimento da identidade profissional na saúde mental. Evidencia-se a necessidade de práticas que ultrapassem o sintomatológico em uma perspectiva preventiva, com vistas à integralidade. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem; Centros Comunitários de Saúde Mental; Processo de Enfermagem; Assistência à Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

Objective: to map and identify nursing diagnoses targeted at night care users in a Psychosocial Care Center according to NANDA-I Taxonomy. **Method:** this is a descriptive-exploratory study, of documentary research type of 319 records in medical records. It was held in a Psychosocial Care Center III in Goiás, from 2014-2018. Nursing diagnoses and records were extracted with non-standardized language. **Results:** 813 records of nursing diagnoses identified in 53 different titles, in 10 domains, were identified. The most frequent diagnosis was risk for self-extinction. The domain with the highest number of diagnostic records was activity/rest. There was a predominance of diagnoses focused on the problem. **Final considerations:** mapping contributes to the planning of evidence-based nursing interventions and to the strengthening of professional identity in mental health. It is evident the need for practices that go beyond the symptoms in a preventive perspective, with a view to comprehensiveness. **Descriptors:** Nursing Diagnosis; Community Mental Health Centers; Nursing Process; Mental Health Assistance; Psychiatric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: mapear e identificar los diagnósticos de enfermería dirigidos a los usuarios que reciben atención nocturna en un Centro de Atención Psicossocial según la Taxonomía NANDA-I. **Método:** estudio descriptivo-exploratorio, del tipo investigación documental de 319 registros en historias clínicas. Realizado en un Centro de Atención Psicossocial III en el estado de Goiás, en el período 2014-2018. Los diagnósticos y registros de enfermería se extrajeron con lenguaje no estandarizado. **Resultados:** se identificaron 813 registros de diagnósticos de enfermería identificados en 53 títulos diferentes, en 10 dominios. El diagnóstico más frecuente fue el riesgo de autoextirminación. El dominio con mayor número de registros diagnósticos fue actividad y reposo. Predominó los diagnósticos centrados en el problema. **Consideraciones finales:** el mapeo contribuye a la planificación de intervenciones de enfermería basadas en evidencia y al fortalecimiento de la identidad profesional en salud mental. Se necesitan prácticas que vayan más allá de los síntomas en una perspectiva preventiva, con miras a la integralidad. **Descritores:** Diagnóstico de Enfermería; Centros Comunitarios de Salud Mental; Proceso de Enfermería; Atención a la Salud Mental; Enfermería Psiquiátrica.

¹Secretaria Municipal de Saúde. Aparecida de Goiânia, Goiás, Brasil.

²Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Goiás, Brasil.

Como citar este artigo:

Pinho ES, Souza ACS, Moreira ACGC, Nogueira LEFL, Limongi AMS, Silva NS, et al. Mental health assistance: identification of nursing diagnoses in a community mental health service. Rev Bras Enferm. 2022;75(2):e20201175. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1175>

Autor Correspondente:

Eurides Santos Pinho
E-mail: euridesenf@gmail.com



EDITOR CHEFE: Anonio José de Almeida Filho

EDITOR ASSOCIADO: Marcos Brandão

Submissão: 16-10-2020

Aprovação: 07-04-2021

INTRODUÇÃO

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços comunitários de saúde mental vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro e são considerados pontos estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial para atendimento às pessoas com transtorno mental e problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas⁽¹⁾. Os CAPS estão estruturados em modalidades, sendo a modalidade III responsável pelo atendimento aos usuários todos os dias da semana, durante 24 horas por dia⁽²⁾.

A assistência prestada pelos CAPS é realizada por equipe multiprofissional capacitada, em consonância com a mudança da lógica assistencial em saúde mental de um modelo excludente para incluyente, ao extrapolar as ações técnicas e atingir as ações relacionais⁽³⁾, diferindo-se do modelo de hospitais psiquiátricos. Dentre a equipe multiprofissional que atua nesse serviço, destaca-se a equipe de enfermagem, que constitui o núcleo do saber que atua 24 horas nos serviços do tipo III.

O acolhimento noturno (AN) é uma proposta terapêutica dos CAPS III, consistindo em uma ação de hospitalidade durante a noite que recorre ao afastamento do usuário de situações conflituosas e visa o manejo de situações de crise, objetivando a retomada/resgate de relações interpessoais, convívio familiar e/ou comunitário⁽⁴⁾. Essa é uma proposta contemporânea, de caráter holístico, com vistas à capacitação das pessoas atendidas para participação no cuidado e na recuperação⁽⁵⁾. A clínica da enfermagem em saúde mental inclui elementos biológicos, subjetivos e sociais do processo saúde-doença. Isso implica utilizar tecnologias leves do cuidado, como a escuta qualificada, construção de vínculo e prontidão para cuidar, visando à reconstrução da subjetividade; contudo, para que isso ocorra, devem-se ampliar as ferramentas de trabalho⁽⁵⁾.

A enfermagem oferta cuidados à saúde do usuário, atendendo suas necessidades físicas, psíquicas e sociais por meio de atendimento individual ou em grupos. Essas ações devem ser sistematizadas, atendendo à resolução COFEN 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em serviços com profissionais enfermeiros⁽⁶⁾, podendo ser aplicada em diversos cenários da assistência à saúde e níveis de complexidade como na Atenção Primária à Saúde⁽⁷⁾, no contexto hospitalar⁽⁸⁾, em unidade prisional⁽⁹⁾, em Unidade de Terapia Intensiva⁽¹⁰⁾, no ambiente da pediatria⁽¹¹⁾ e também na atenção psicossocial⁽¹²⁾.

Uma ferramenta privativa do trabalho do enfermeiro e que contribui para a consolidação da SAE é o Processo de Enfermagem (PE), composto por cinco etapas: coleta de dados ou histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem⁽⁶⁾.

Vale destacar a importância de a assistência realizada pelo enfermeiro ser norteada por uma teoria de enfermagem e por um sistema de classificação que possibilita o cuidado em linguagem única. Esses sistemas estão relacionados a alguma fase do PE. Especialmente a NANDA-I, para a definição dos diagnósticos de enfermagem, possui uma função de destaque na prática profissional do enfermeiro, pois possibilita a sistematização e organização do cuidado, sendo o primeiro passo para a escolha das ações que serão posteriormente colocadas em prática para minimizar os danos à saúde do usuário⁽¹³⁻¹⁴⁾.

A avaliação criteriosa do enfermeiro orienta e qualifica a assistência aos usuários dos serviços de saúde mental, visto que este profissional coleta, analisa e interpreta dados, com julgamento clínico sobre a condição de saúde e/ou processo de vida existente em uma pessoa, família, grupo ou comunidade; então, a partir dos diagnóstico(s) de enfermagem, propõe-se plano de cuidados que minimizem o sofrimento ou cesse a demanda existente⁽¹⁵⁾.

A Taxonomia NANDA-I oferece maneiras de orientar a investigação e categorização em áreas de preocupação de um enfermeiro. Ela possui 244 diagnósticos de enfermagem agrupados em 13 domínios e 47 classes. O domínio é uma área de interesse que se divide em classes, que são agrupamentos com atributos comuns. Os enfermeiros lidam com respostas a problemas de saúde/processos da vida entre indivíduos, famílias, grupos e comunidades. Essas respostas são a preocupação central dos cuidados de enfermagem, ocupando o círculo atribuído à profissão. Um diagnóstico de enfermagem pode ser focado em um problema, um estado de promoção da saúde ou um risco potencial⁽¹⁵⁾.

O PE objetiva qualificar o cuidado oferecido ao usuário do serviço, uma vez que oferece atenção interativa, complementar e multiprofissional, proporciona o direcionamento e organização das ações de enfermagem, além de garantir maior autonomia perante a equipe de saúde, continuidade da assistência e aproximação enfermeiro-usuário/família e enfermeiro-equipe⁽¹⁶⁾. O Diagnóstico de Enfermagem (DE) é a segunda fase do PE, representando um julgamento clínico do enfermeiro sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade, sendo a base para a seleção de intervenções de enfermagem e para o alcance dos resultados exitosos⁽¹⁵⁾.

Os DE em ambientes hospitalares são pensados no contexto biológico e social. Já o propósito da enfermagem psiquiátrica não é somente o diagnóstico clínico ou a intervenção medicamentosa, mas o compromisso em proporcionar melhor qualidade de vida para os usuários do serviço⁽¹⁷⁾.

De acordo com estudo publicado em 2017, que analisou artigos publicados em relação à temática do PE em saúde mental, o Brasil foi o país que mais apresentou estudos nesta área, correspondendo a um total de seis artigos (31,6%)⁽¹⁷⁾. Tal fato evidencia a necessidade em desenvolver mais investigações nesse campo, considerando a expansão dos serviços de saúde mental em suas diversas modalidades e a relevante atuação do profissional enfermeiro nesse campo.

A identificação de um perfil de DEs exerce papel relevante, pois contribui para subsidiar intervenções do enfermeiro, elucidar coesão no dimensionamento mais apropriado e direcionar focos para educação permanente. Mapear as condições da clientela atendida, que requer intervenções de enfermagem, contribui para o fortalecimento da identidade profissional, a partir da visualização clara dos fenômenos que são levados em conta no domínio da enfermagem⁽¹⁸⁾.

Pesquisas relacionadas a esse tema são relevantes para evidenciar a prática do enfermeiro na saúde mental. Contudo, ainda há incipiência da SAE no campo da saúde mental. Ações e registros de enfermagem devem abranger temas como a relação interpessoal, histórico de enfermagem, exame físico e mental, diagnóstico e planejamento em enfermagem. O PE, articulado a outros processos de trabalho, tem potencialidade na produção de cuidado ampliado à saúde em saúde mental⁽¹⁸⁾.

OBJETIVO

Mapear e identificar os diagnósticos de enfermagem direcionados para usuários em acolhimento noturno em um Centro de Atenção Psicossocial do tipo III segundo a Taxonomia NANDA-I.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Os preceitos ético-legais foram respeitados em concordância com as normas e diretrizes previstas na Resolução 466/2012⁽¹⁹⁾. A coleta de dados ocorreu após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Goiás.

Tipo de estudo

Estudo documental, descritivo-exploratório e com abordagem qualitativa, realizado em prontuários dos usuários para mapear os DEs realizados por enfermeiros em um CAPS do tipo III.

Cenário do estudo

Realizado em um CAPS do tipo III, destinado a atender pessoas em sofrimento mental, de um município da região metropolitana de Goiânia, Goiás, Brasil. A coleta de dados foi realizada no período de março de 2018 a abril de 2019.

Fonte de dados

Amostragem não probabilística, intencional, em que o critério de inclusão foram os prontuários de usuários atendidos na modalidade de AN, de 2014 a 2018, período de implantação da SAE no referido serviço. Foram excluídos prontuários em duplicidade e aqueles que não haviam registros de enfermagem relacionados ao julgamento clínico que é feito na segunda etapa do PE. Havia 217 prontuários de usuários com registros de AN e, considerando os critérios de exclusão, foram analisados 209 prontuários de usuários atendidos nesta modalidade.

Coleta e organização dos dados

Os dados foram coletados com o auxílio de um instrumento semiestruturado, a partir da análise de uma ficha implementada no CAPS III como orientador da execução da SAE. A Taxonomia NANDA foi escolhida porque a referida ficha, construída em 2013 e atualizada em 2015, foi baseada no NANDA-I 2015-2017⁽¹⁵⁾. O instrumento é composto pelas seguintes informações dos usuários: número do prontuário na instituição, sexo, idade, escolaridade, diagnóstico médico, demanda para AN, tempo de permanência no AN, histórico de enfermagem, DE, prescrições de enfermagem, intervenções de enfermagem, metas, resultados alcançados e condições de saída do AN.

Análise dos dados

Para a análise, utilizou-se a análise de conteúdo, na modalidade temática, percorrendo-se três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados⁽²⁰⁾.

Na fase de pré-análise, cada prontuário analisado foi identificado por um número, conforme a sequência de coleta de dados. As respostas foram transcritas em uma planilha utilizando o programa *Microsoft Excel*, versão 2007.

A fase de exploração do material consistiu na identificação dos termos e expressões, ocorrendo por meio da leitura na íntegra dos dados, no qual foram identificados os enunciados constantes e não constantes na NANDA-I. Os não constantes na NANDA-I foram agrupados por similaridade⁽²⁰⁾.

Sendo assim, para organização e sistematização dos dados, foi utilizado o mapeamento cruzado dos enunciados encontrados com os DEs segundo a classificação NANDA-I 2018-2020. Sendo esse um método útil na análise das linguagens de enfermagem não padronizadas, seu procedimento consiste em comparar dados que apresentam semelhança, e então determinar sua equivalência semântica com a linguagem padronizada internacionalmente⁽²¹⁾.

Os enunciados dos DEs foram agrupados segundo a terminologia da classificação NANDA-I e dispostos em seus domínios e classes. Assim, o mapeamento cruzado se deu com a classificação de DEs da NANDA-I, suas características definidoras, fatores relacionados, fatores de risco.

Na etapa de tratamento dos resultados, foi realizada a validação dos enunciados encontrados, constantes e não constantes na classificação NANDA-I. Os enunciados em linguagem não padronizada foram apresentados enquadrados nos títulos diagnósticos, conforme NANDA-I, 2018-2020, e na escrita íntegra, coletada dos prontuários. O enquadramento foi analisado, considerando enunciados dos DEs, características definidoras, fatores relacionados e de risco, considerando o mapeamento cruzado.

Por fim, agruparam-se os DEs com base nos domínios e classes da Taxonomia NANDA-I, 2018-2020. Os dados foram submetidos à análise das frequências relativas e absolutas dos principais DE utilizando o programa *Microsoft Excel*, versão 2007. Os domínios foram utilizados como para orientar a análise dos dados.

Foram seguidas as diretrizes para realização de estudos qualitativos conforme orientação da rede Equator, pelo protocolo internacional *Consolidated criteria for Reporting Qualitative research* (COREQ). Por se tratar de um estudo documental, alguns dos critérios desse protocolo não se aplicaram.

RESULTADOS

Dentre os 209 prontuários, a faixa etária prevalente dos participantes foi de 36 a 50 anos (41,5%), majoritariamente do sexo feminino (62%) e a escolaridade da maioria foi o primeiro grau incompleto (23,2%).

Nas anotações de enfermagem encontradas em 319 situações de AN, foi evidenciado 813 termos e expressões de DEs. Com o mapeamento cruzado, obtiveram 53 diferentes títulos de DEs, contemplando 22 classes e dez domínios, dentre os 13 domínios da Taxonomia NANDA-I, conforme Tabela 1.

O domínio percepção/cognição foi bastante registrado, principalmente relacionado à classe cognição, evidenciado nos diagnósticos confusão aguda, memória prejudicada e processos de pensamentos perturbados, sendo que o último foi retirado da NANDA em 2011. Da classe comunicação, foi observada

prevalência do diagnóstico comunicação verbal prejudicada. Foi observado ainda que, dos 13 domínios existentes, três não foram contemplados nos registros, sendo eles sexualidade, princípios de vida e crescimento e desenvolvimento.

DISCUSSÃO

Os dados desta pesquisa mostram que os enfermeiros de um CAPS III identificaram DEs predominantemente em três domínios,

Tabela 1 - Distribuição dos títulos diagnósticos de enfermagem identificados em usuários atendidos na modalidade de acolhimento noturno (N=813) de acordo com os domínios da NANDA-I, 2018-2020, Aparecida de Goiânia, Goiás, Brasil, 2014 - 2018

Domínios (n)	Classes (n)	Diagnóstico	n	%		
Promoção da saúde (85)	Controle da saúde (85)	Manutenção ineficaz da saúde	23	2,83		
		Controle ineficaz do regime terapêutico	33	4,06		
		Comportamento de saúde propenso a risco	2	0,25		
		Controle familiar ineficaz do regime terapêutico	27	3,32		
Nutrição (33)	Ingestão (25)	Deglutição prejudicada	1	0,12		
	Metabolismo (8)	Nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais	24	2,95		
		Risco de glicemia instável	8	0,99		
Eliminação e troca (20)	Função gastrointestinal (20)	Constipação	20	2,46		
Atividade/repouso (180)	Sono/repouso (123)	Insônia	68	8,36		
	Atividade/exercício (17)	Padrão de sono prejudicado	55	6,76		
		Mobilidade física prejudicada	6	0,74		
		Deambulação prejudicada	11	1,35		
		Intolerância à atividade	10	1,23		
		Deficit no autocuidado	25	3,08		
Autocuidado (30)	Disposição aumentado para autocuidado	5	0,62			
Percepção/cognição (157)	Sensação/percepção (25) Cognição (114)	Percepção sensorial perturbada	25	3,08		
		Confusão crônica	5	0,62		
		Controle emocional instável	1	0,12		
		Memória prejudicada	13	1,60		
		Processos de pensamentos perturbados	76	9,35		
		Conhecimento deficiente relacionado a limitações cognitivas	2	0,25		
		Confusão aguda	17	2,09		
	Comunicação (18)	Disposição para comunicação aumentada	5	0,62		
		Comunicação verbal prejudicada	13	1,60		
		Autoconceito (41)	Distúrbio na identidade pessoal	2	0,25	
			Desesperança	38	4,67	
			Risco de dignidade humana comprometida	1	0,12	
			Baixa autoestima situacional	19	2,34	
Autoestima (37)	Baixa autoestima crônica	18	2,21			
	Papéis e relacionamentos (28)	Processos familiares disfuncionais	1	0,12		
Desempenho de papéis (27)		Interação social prejudicada	27	3,32		
Enfrentamento/tolerância ao estresse (72)	Resposta pós-trauma (1) Respostas de enfrentamento (71)	Síndrome de estresse por mudança	1	0,12		
		Enfrentamento familiar comprometido	1	0,12		
		Tristeza crônica	1	0,12		
		Ansiedade	56	6,90		
		Sobrecarga de estresse	1	0,12		
		Regulação de humor prejudicada	2	0,25		
		Disposição para enfrentamento aumentada	1	0,12		
		Resiliência prejudicada	1	0,12		
		Medo	4	0,49		
		Enfrentamento individual ineficaz	4	0,49		
Segurança/proteção (153)	Lesão física (44)	Integridade da pele prejudicada	5	0,62		
		Risco de queda	18	2,21		
		Dentição prejudicada	21	2,58		
	Violência (108)	Risco de autoextermínio	78	9,59		
		Risco de automutilação	11	1,35		
		Risco de violência direcionada a outros	8	0,98		
		Automutilação	11	1,35		
		Hipertermia	1	0,12		
		Termorregulação (1)	Conforto físico (2) Conforto social (5)	Dor aguda	2	0,25
				Risco de solidão	1	0,12
Conforto (7)	Conforto social (5)	Isolamento social	1	0,12		
		Risco de isolamento social	3	0,37		
		Total	813	100%		

conforme a Taxonomia NANDA: atividade/repouso, percepção/cognição e segurança/proteção. Em instituições psiquiátricas, também foram identificados mais diagnósticos presentes nos domínios atividade/repouso e segurança/proteção. Entretanto, no CAPS III, destacaram-se DEs relacionados ao domínio percepção/cognição e, por outro lado, em instituições psiquiátricas, os DEs relacionados do domínio enfrentamento/tolerância ao estresse foram mais identificados⁽³⁾.

No domínio atividade/repouso, prevaleceu o DE insônia e padrão de sono prejudicado, mas também houve registros de DEs relevantes relacionados ao autocuidado e desenvolvimento de atividades físicas. Alterações no padrão de sono são problemas relatados com frequência por usuários de CAPS. Em geral, estão associados a alterações de humor, problemas pessoais (que envolve o contexto familiar e social), ambientes desconfortáveis para repouso e também ausência ou inadequação de atividades durante o período diurno^(3,22).

Para usuários em sofrimento psíquico, o déficit ou a perda da capacidade do autocuidado é evidenciado pelas condições precárias de higiene corporal e oral que afetam negativamente o convívio social e desencadeiam desenvolvimento de doenças físicas por patógenos. Consequentemente, o usuário pode precisar de ajuda da equipe de enfermagem ou de terceiros⁽²³⁾. Ainda, os usuários com os DEs intolerância à atividade, mobilidade física prejudicada e/ou deambulação prejudicada têm dificuldades ou ficam impossibilitados de acompanhar algumas atividades desenvolvidas no CAPS, principalmente as relacionadas a exercícios físicos e expressão corporal, sendo necessário redirecionar ações terapêuticas para restabelecimento da mobilidade deles, com cautela, para que não ocorram agravos, como quedas. A atividade física pode ser utilizada como ação terapêutica para tratar distúrbios do sono e estimular a disposição para autocuidado, pois melhora a percepção subjetiva e objetiva da qualidade do sono e da qualidade de vida⁽²⁴⁾.

O DE risco de queda compreende o domínio segurança/proteção, descrito neste estudo em 2,21% dos AN. A queda resulta em morbidade, mortalidade e medo de sofrer uma nova queda. Sendo assim, a avaliação ambiental, somada à avaliação criteriosa do usuário, incluindo o uso de medicações que podem alterar a capacidade de levantar-se e mover-se de forma independente, são ações importantes para identificar riscos de queda. Essa avaliação permite ação corretiva em tempo hábil para prevenção deste incidente⁽²⁵⁾.

Ainda no domínio segurança/proteção, observou-se significativa quantidade de DE referente aos diagnósticos relacionados ao risco de automutilação e risco de autoextermínio, sendo esse o mais frequente neste estudo. A porcentagem de DE que identifica o risco de violência auto infligida e automutilação foi maior que a de DE risco de violência direcionada a outros, resultado divergente de outro estudo que avaliou a prevalência de DE em pacientes internados ambiente psiquiátrico, sendo o risco de violência dirigida a outrem o terceiro DE mais prevalente⁽²⁶⁾. Ambientes psiquiátricos nos moldes de institucionalização se caracterizam por confinamento do mundo exterior, isolamento e contenção, observação e vigilância total, além da privação de autonomia. Esse ambiente estressor pode gerar reações mais exacerbadas, sendo configuradas como risco de violência dirigida a outrem.

Vale considerar que, no estudo de Frauenfelder et al (2018), os DEs mais frequentes foram enfrentamento ineficaz e manutenção ineficaz da saúde, sendo esses DEs fatores de risco para risco de

autoextermínio, pois relacionam-se com a frágil capacidade de enfrentamento, que deve ser trabalhada na relação terapêutica que prima pela autonomia e autogestão da vida de forma saudável⁽²⁶⁾. Esses dados indicam a urgente necessidade de ações para proteção da vida dessas pessoas em sofrimento psíquico, sendo a inserção na modalidade do AN uma estratégia do modelo psicossocial de cuidado e proteção. Entretanto, o mito da periculosidade ainda aparece enraizado ao senso comum, consentindo medo dos usuários dos serviços de saúde mental, fazendo com que o tratamento dessas pessoas continue sob a forma de segregação em internações em ambiente psiquiátrico hospitalar⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Ainda no domínio segurança/proteção, o DE dentição prejudicada também se destaca e pode ser resultado de processos de institucionalização ou de envelhecimento. Considera-se, entretanto, que o DE déficit no autocuidado, no domínio atividade/repouso, também pode estar relacionado ao déficit na higiene oral. Mais uma vez, ressalta-se a necessidade de que as intervenções para promoção de reabilitação psicossocial devem contemplar a promoção de estímulo à realização de atividades de vida diária, com a higiene oral e corporal⁽²⁸⁾.

Os DE integridade da pele prejudicada, em menor escala referida, neste estudo, está relacionado à violência auto infligida, evidenciado pelo registro de DE automutilação, bem como por negligência do cuidado e dificuldade na manutenção da saúde dadas condições psíquicas. Neste tocante, é urgente a enfermagem pensar no plano de cuidados com foco na segurança/proteção. Os achados neste domínio apontam para a complexidade do cuidado de enfermagem, com vistas à integralidade do cuidado no contexto da saúde mental para evitar institucionalizações; para tanto, o plano de cuidados deve incluir os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

No domínio percepção/cognição, há evidências de importantes DE que permitem propor PE direcionados a alterações psíquicas, com destaque aos quadros de psicose. Os dados demonstraram que esse domínio correspondeu a 17,11%, sendo os mais incidentes: processos de pensamentos perturbados, percepção sensorial perturbada, confusão aguda, memória prejudicada e comunicação verbal prejudicada; enquanto isso, em menor incidência, estão os DE: disposição para comunicação aumentada, confusão crônica, conhecimento deficiente relacionado a limitações cognitivas e controle emocional instável. Em um hospital universitário na Suíça, os DEs pertencentes ao domínio percepção/cognição corresponderam a 7% da amostra⁽²⁶⁾, um dado bem menos significativo em paralelo com os achados da presente investigação (19,31%).

O DE processos de pensamentos perturbados foi mencionado, neste estudo, 76 vezes nos registros, embora tenha sido retirado do NANDA-I em 2011. Considerando isso, esse DE possui relevância para o cenário de saúde mental, fato que sugere revisão e consequente inclusão de diagnóstico na NANDA-I que atenda às especificidades da sintomatologia com alterações relacionadas aos processos de pensamentos e percepções sensoriais⁽²⁶⁾. No entanto, a comparação entre as pesquisas internacionais requer considerações importantes relacionadas às diferenças entre os cenários de estudos, já que os aspectos culturais, sociais e de desenvolvimento humano são importantes determinantes sociais de saúde. Além disso, os modelos de atenção podem ser diversos e, inclusive, contraditórios, o que exige parcimônia na análise dos dados.

O registro dos DE confusão aguda e crônica, memória prejudicada e conhecimento deficiente relacionado a limitações cognitivas denota a relevância do enfermeiro pensar o PE articulado como as premissas do modelo de atenção psicossocial, especialmente intervenções que fomentem a interação e inserção social. As alterações nos níveis de orientação, na memória, no pensamento, no comportamento e na percepção são indicados como interferentes na socialização dos usuários⁽³⁾. O modo como as intervenções de enfermagem serão implementadas pode variar se não houver clareza ideológica, ética e técnica do modelo de atenção de um serviço comunitário. Vale dizer que, na maioria das vezes, as intervenções direcionadas para esse julgamento clínico devem envolver competências variadas e trabalho interdisciplinar.

Outro aspecto importante a ser considerado é a menor incidência do diagnóstico confusão crônica (0,62%), se comparado ao diagnóstico confusão aguda (2,09%), podendo ressaltar que o CAPS é um importante serviço de atendimento a quadros de crises, e não somente a quadros persistentes de adoecimento. O acolhimento à crise em saúde mental nos serviços territoriais é um importante indicador de qualidade da rede de atenção⁽²⁹⁾. No modelo de atenção psicossocial ao qual o CAPS está inserido, sugere-se que a abordagem à crise aconteça com o apoio da RAPS, com ênfase nos serviços comunitários de saúde e em uma perspectiva de transversalização do saber e do poder entre os profissionais da equipe multiprofissional e usuários, para a atenção eficaz à de situações complexas, como são os momentos de crise em saúde mental⁽³⁰⁾.

O adoecimento mental pode favorecer um estado de mudanças nas percepções pessoais e ideais do sujeito sobre si e levar a manifestações de DEs pertencentes ao domínio autopercepção⁽³¹⁾, que é composto pelas classes autoconceito, autoestima e imagem corporal⁽¹⁵⁾. Neste estudo, observou-se no domínio autopercepção o predomínio dos DE desesperança, baixa autoestima situacional e crônica, seguidos dos DE distúrbio da imagem corporal e risco de dignidade humana comprometida. A desesperança é compreendida como estado subjetivo no qual um indivíduo vê alternativas limitadas pessoais disponíveis e é incapaz de mobilizar energias em benefício próprio. Já a baixa autoestima se trata de percepção negativa sobre o seu próprio valor e capacidade, que pode levar comprometer a dignidade humana, pela perda percebida de respeito e honra, e que pode comprometer a saúde⁽¹⁵⁾. Eventos estressores e a estigmatização são fatores relacionados para a baixa autoestima; essa, por sua vez, prenuncia o distúrbio da imagem corporal e desesperança⁽³¹⁾ e risco à dignidade humana. Mesmo com o processo da desinstitucionalização, uma das principais dificuldades dessas pessoas é o estigma social, alimentado pela ignorância da população e pela mídia⁽¹⁶⁾.

Pessoas com doenças mentais, diante de vivências discriminatórias, retraem-se socialmente como forma de enfrentar e se proteger, derivando em estigma internalizado⁽³²⁾. O estigma internalizado é quando a pessoa tem consciência do estigma a ela atribuído, concordando e aplicando a si próprio os estereótipos negativos sobre sua doença. Essa internalização do estigma agrava os sintomas do transtorno mental, resultando em isolamento, baixa autoestima, culpa, desesperança e dignidade humana comprometida⁽¹⁶⁾.

O estigma social e o estigma internalizado, somados ao adoecimento mental, estão associados ao domínio enfrentamento/tolerância ao estresse, tendo como DE ansiedade, medo, enfrentamento individual ineficaz, regulação de humor prejudicada,

tristeza crônica, sobrecarga de estresse, síndrome de estresse por mudança, resiliência prejudicada, enfrentamento familiar comprometido. Esses estão relacionados ao AN devido a gerar intenso sofrimento, sendo necessária essa atenção em saúde para recuperação e prevenção de agravos.

O DE ansiedade apresentou uma frequência bem maior entre outros DE associados ao domínio enfrentamento/tolerância ao estresse e pode estar relacionado ao fato que algumas de suas características definidoras são também DE, como insônia e medo, e também por ser características definidoras e/ou fatores relacionados de outros DE identificados, como síndrome do estresse por mudança, síndrome pós-trauma, dentre outros. Além de que sua definição abrange presságios do estresse, ao ser conceituada como um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado de resposta autonômica, cuja fonte geralmente é desconhecida pelo indivíduo⁽¹⁵⁾.

A ansiedade é um DE médico/psiquiátrico; neste tocante, é importante avaliação multiprofissional e comunicação entre a equipe, pois, ao analisar se um diagnóstico já está identificado como um diagnóstico médico, não há razão para nomeá-lo como um DE, devendo então o enfermeiro explorar outros focos do problema, fatores de riscos e de promoção da saúde, com vistas à maior integralidade no cuidado. Renomeia-se também como DE neste caso se houver alguma outra perspectiva diferenciada que a enfermagem traria a seus fenômenos, diferente da medicina⁽¹⁵⁾.

Nessa direção, os enfermeiros dos CAPS devem se concentrar em intervenções para controle de ansiedade e fatores estressores para a edificação da autoestima, fortalecimento de suporte social e de aspectos que geram qualidade de vida, para aumentar a resistência psíquica ao estigma, desempenhando um papel central na recuperação⁽³³⁾. Estudo realizado identificou que a família, entendida como importante suporte social, pouco tem contribuído para que a pessoa em sofrimento psíquico possa viver de maneira mais satisfatória com o transtorno, reforçando o estigma internalizado e trazendo sérias consequências para o sujeito⁽¹⁶⁾. Destaca-se como importante estratégia a inclusão da família no Projeto Terapêutico Singular (PTS), que, por muitas vezes, fica invisível como foco de intervenção e suporte, sendo apenas solicitada para se responsabilizar pelo sujeito em sofrimento psíquico⁽³⁴⁾.

A resistência ao estigma, capacidade de resistir, neutralizar ou não ser afetado pela estigmatização da doença mental, desempenha um papel importante no tratamento⁽³²⁾. Esse mecanismo é uma forma de força pessoal que pode ser estimulada pelos profissionais dos serviços de saúde mental. Com isso, os pacientes podem superar seu estigma internalizado e serem capazes de levar a vida da maneira que desejam⁽³³⁾.

A qualidade de vida e aspectos psicossociais positivos estão associados à resistência ao estigma⁽³³⁾, como vivenciar bom relacionamento familiar, ter e participar de atividades de lazer ao ar livre, contatos sociais com amigos íntimos, otimismo e sono noturno adequado⁽³⁵⁻³⁶⁾. Tais fatores, quando trabalhados no PTS do usuário, podem suscitar em esforços cognitivos e/ou comportamentais do sujeito para controlar as demandas relativas ao bem-estar, expressos no desejo dele em aumentar o conhecimento sobre estratégias para controle do estresse e de melhorar seu apoio social, sendo esse o DE disposição para enfrentamento aumentada.

Fica evidente que diagnósticos relacionados à manutenção da saúde são pouco aplicados, conseqüentemente, há pouco PE que abrange esta especificidade. Para o domínio atividade/repouso, o DE disposição aumentado para autocuidado teve frequência (0,62%); no domínio percepção/cognição, também houve baixa incidência do DE disposição para comunicação aumentada (0,62%), bem como no domínio enfrentamento/tolerância ao estresse, com a ocorrência de para o DE disposição para enfrentamento aumentada (0,12%). Adverte-se a necessidade de explorar mais conceitos de diagnósticos, em uma perspectiva preventiva e de manutenção à saúde contexto biopsicossocial, para que possa favorecer o cuidado integral e, conseqüentemente, um melhor estado de saúde e qualidade de vida dos usuários.

A grande predominância de DE com foco no problema é preocupante, e vale investigações mais profundas sobre seus fatores causais. Estudo de revisão de literatura⁽¹⁷⁾ destaca a dificuldade do enfermeiro atuante em serviços de saúde mental em avaliar aspectos psíquicos, pois sua formação para a leitura das relações é frágil.

A avaliação de enfermagem não pode se restringir à sintomatologia psicopatológica e ao diagnóstico psiquiátrico, pois o foco do cuidado deve ser dirigido ao reconhecimento do significado singular da experiência do sofrimento psíquico no contexto social, político e cultural do usuário⁽³⁷⁾. São encontrados DEs direcionados aos níveis de necessidades básicas, em detrimento das necessidades subjetivas ou mais complexas⁽³⁸⁾.

Neste estudo, majoritariamente os DE são da categoria foco no problema, dado evidenciado em outros estudos^(3,17). No domínio papéis e relacionamentos, o DE predominante foi interação social prejudicada, seguindo por processos familiares disfuncionais. No domínio conforto, predominou o DE da classe de conforto social (risco de solidão, isolamento social e risco de isolamento social), seguido do DE dor aguda. Uma investigação⁽²⁶⁾ cruzou DE e diagnósticos médicos, sendo que os DEs mais identificados foram relacionados às necessidades psicossociais em todos os grupos de diagnósticos médicos, também percebido neste estudo.

Observamos que, dos 13 domínios existentes no NANDA-I, três não foram contemplados em nenhum registro de PE realizado, sendo eles sexualidade, princípios de vida e crescimento e desenvolvimento. Outros estudos também destacam a necessidade de atenção com os DE pertencentes a esses domínios, seja pela ausência de DE nos domínios sexualidade e princípios de vida⁽¹⁶⁾, ou pelos aspectos de vulnerabilidade e comportamentos sexuais com potencial risco com a identificação de diagnósticos em usuários de um CAPS, como comportamento sexual problemático, desempenho sexual prejudicado e falta de conhecimento sobre comportamento sexual⁽³⁹⁻⁴⁰⁾.

A assistência em saúde mental no Brasil é pautada nos princípios da Reabilitação Psicossocial e no resgate da subjetividade como a matriz ética para o direcionamento do tratamento. Faz-se importante a construção do PE, considerando sua base na relação enfermeiro-paciente, com enfoque na singularidade e participação do usuário, pois ele é o protagonista de seu tratamento, ou seja, ao delinear o DE, deve-se considerar a experiência do usuário, não o diagnóstico psiquiátrico que lhe foi atribuído^(37,40).

Mesmo quando a relação social antes do sofrimento psíquico é presente e de qualidade, é comum elas ficarem raras, ou até mesmo inexistentes após o processo de adoecimento mental.

Isso ocorre pelas frequentes mudanças de comportamento do indivíduo que resultam, na maioria das vezes, em dificuldades de relacionamento tanto familiar quanto social⁽⁴¹⁾. Legítima-se a necessidade de o enfermeiro em saúde mental dispor de conhecimento da clínica ampliada para atender os usuários e melhorar suas condições de saúde ao lidar com pessoas, com sua dimensão social, subjetiva e biológica⁽¹⁷⁾.

Limitações do estudo

Consideram-se como limitante as dificuldades encontradas relacionadas à fragilidade dos registros do PE nos prontuários, o que demandou a necessidade de fazer mapeamento cruzado por similaridade de termos para fazer os agrupamentos dos DE. Além disso, por ter sido realizado em apenas um serviço, o estudo não permite a extrapolação dos dados.

Contribuições para a área da enfermagem

Os resultados deste estudo, ao identificar os DEs voltados para usuários atendidos em AN segundo a Taxonomia NANDA-I, podem subsidiar a qualificação da assistência em serviços comunitários de saúde mental por meio da implementação de processos de educação permanente em saúde. Por fim, sugere-se a realização de novos estudos, inclusive ampliando o escopo compreensivo da implantação do PE em CAPS, incluindo a identificação de barreiras organizacionais que interferem nas ações assistenciais que são desenvolvidas nesses serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu identificar os DEs direcionados a usuários atendidos em AN em um CAPS III, segundo a Taxonomia NANDA-I. Os domínios mais frequentes foram atividade/repouso, segurança/proteção e percepção/cognição.

O estudo evidenciou que os DE processos de pensamentos perturbados, que foram retirados do NANDA-I, antes presentes no domínio percepção/cognição, são frequentemente observados nos atendimentos de enfermagem e importantes para nortear o PE e a prática de enfermagem no contexto da saúde mental e atenção psicossocial.

A análise revela que a prática de enfermagem em saúde mental tem sido direcionada aos problemas biológicos e psicológicos, em detrimento de ações de identificação de DE de riscos e de promoção da saúde, em que é previsto investimento de estratégias de cuidado pautadas nas dimensões biopsicossociais.

Destaca-se que o processo de coleta de dados evidenciou a necessidade de qualificação dos registros de enfermagem nos prontuários. Isso é também fundamental para evidenciar, de forma sistematizada, a prática de enfermagem neste contexto da saúde mental. Destacamos, para futuros estudos deste tipo, que a utilização de softwares para auxiliar o mapeamento cruzado das informações relacionadas aos DE podem ser empregados para facilitar a análise dos dados.

Esses resultados são importantes para refletir sobre a prática de enfermagem no contexto de um serviço comunitário da atenção psicossocial, para o cuidado dos usuários que estão em AN no CAPS.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. Brasília, DF: MS; 2011 [cited 2020 Aug 20]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
2. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece diretrizes para funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), classificados de acordo com porte e abrangência populacional [Internet]. Brasília, DF: MS; 2002 [cited 2020 Mar 20]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
3. Silva TG, Santana RF, Souza PA, Dutra VFD. Nursing diagnoses identified in psychiatric institutions. *Rev Enferm UFPE*. 2019;13:e238502. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.238502>
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília, DF: MS; 2012 [cited 2020 Mar 20]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html
5. Oliveira RMP, Alves M, Porto IS, Cavalcanti PCS. The psychiatric nursing clinic and its new care technologies. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2016;8(1):3922-34. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i1.3922-3934>
6. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 358/2009. 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 [Internet]. Brasília, DF: COFEN; 2009 [cited 2020 Jul 03]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
7. Ribeiro GC, Padoveze MC. Nursing care systematization in a basic health unit: perception of the nursing team. *Rev Esc Enferm USP*. 2018;56:e03375. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2017028803375>
8. Machado JPC, Silva DMS, Souza E, Pedron CD, Gallasch CH, Thiengo PCS. Percepção de enfermeiros de unidades de internação clínica sobre a sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Nurs*. 2019;22(257):3220-5. <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i257p3220-3225>
9. Silva AAS, Sousa KAA, Araújo TME. Sistematização da assistência de enfermagem em unidade prisional fundamentada na teoria de Orem. *Rev Enferm UFSM*. 2017;7(4):725-35. <https://doi.org/10.5902/2179769222076>
10. Nunes RM, Nunes MR, Assunção IA, Lages LS. Sistematização da assistência de enfermagem e os desafios para sua implantação na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura. *Rev Uningá* [Internet]. 2019[cited 2021 Feb 13];56(S2):80-92. Available from: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/2179>
11. Oliveira CS, Borges MS. Social representations of systematization of nursing care in the perspective of nurses who take care of children. *Rev Gaucha Enferm*. 2017;38(3):e66840. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.66840>
12. M'batna AJ, Mendes NU, M'batna JJ, Felipe LP, Monte AS, Leite ACRM, et al. Transtorno da ansiedade generalizada: relato de experiência sobre o uso da sistematização da assistência de enfermagem no CAPS. *Braz J Developm*[Internet] 2021 [cited 2021 Febr 13];7(1):8131-42. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n1-552>
13. Freitas RJM, Moura NA, Feitosa RMM, Guedes MVC, Freitas MC, Silva LF, et al. Nursing process based on the Joyce travelbee model. *Rev Enferm UFPE*. 2018;12(12):3287-94. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i12a235051p3287-3294-2018>
14. Silva DVA, Sousa INM, Rodrigues CAO, Pereira FAF, Gusmão ROM, Araújo DD. Nursing diagnoses in a home-based program: cross-mapping and NANDA-I Taxonomy. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(3):615-22. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0323>
15. Herdman HT, Kamitsuru S, editors. NANDA International nursing diagnoses: definitions and classification 2018-2020. 11th ed. New York: Thieme; 2018.
16. Nascimento LA, Leão A. Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2019;26(1):103-21. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702019000100007>
17. Garcia APRF, Freitas MIP, Lamas JLT, Toledo VP. Nursing process in mental health: an integrative literature review. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(1):220-30. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0031>
18. Ferreira AM, Rocha EN, Lopes CT, Bachion MM, Lopes JL, Barros ALBL. Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(2):307-15. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690214i>
19. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466/2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília, DF: MS; 2012 [cited 2020 Apr 16]. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
20. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
21. Lucena AF, Barros ALBL. Mapeamento cruzado: uma alternativa para a análise de dados em enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(1):82-88. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000100011>
22. Moreira DFN, Santos IL, Azevedo BMEP, Araújo DD, Gusmão ROM. Diagnósticos de enfermagem identificados em usuários de álcool e outras drogas. *Enferm Foco*. 2019;10(5):103-8. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n5.2623>

23. Almeida LM, Aquino JM, Borba MC, Rosa MFS, Monteiro MAC. Promoção do autocuidado da pessoa em sofrimento psíquico. *Rev Enferm Digit Cuidado Promoc Saude*. 2015;1(2):66-70. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20150012>
24. Ropke LM, Souza AG, Bertoz APM, Adriazola MM, Ortolan EVP, Martins RH, et al. Efeito da atividade física na qualidade do sono e qualidade de vida: revisão sistematizada. *Arch Health Invest*. 2017;6(12):561-6. <https://doi.org/10.21270/archi.v6i12.2258>
25. Rosa CDP, Menezes MAJ. Avaliação da influência da estrutura física das unidades de internação de clínica médica e cirúrgica de um hospital público do município de São Paulo: proposta para o gerenciamento de risco de quedas. *Rev Gest Sist Saude*. 2015;4(1):55-70. <https://doi.org/10.5585/rgss.v4i1.177>
26. Frauenfelder F, van Achterberg T, Staub MM. Nursing diagnoses related to psychiatric adult inpatient care. *J Clin Nurs*. 2018;27(3-4):e463-75. <https://doi.org/10.1111/jocn.13959>
27. Escalada-Hernández P, Marín-Fernández B. The nursing diagnosis disturbed thought processes in psychiatric patients: prevalence and associated characteristics. *Int J Nurs Knowl*. 2016;27(3):156-61. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12091>
28. Silva PO, Silva DVA, Rodrigues CAO, Santos NHF, Barbosa SFA, Souto VD, et al. Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental. *Rev Enferm UFPE*. 2018;12(11):3133-46. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i11a236214p3133-3146-2018>
29. Castro NB, Lopes MVO, Monteiro ARM. Low chronic self-esteem and low situational self-esteem: a literature review. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(1):e20180004. : <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0004>
30. Cruz KDF, Guerrero AVP, Scafuto J, Vieira N. Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. *Rev NUFEN*. 11(2):117-32. <https://doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol11.n02ensaio51>
31. Dias MK, Ferigato SH, Fernades ADSA. Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. *Cienc Saude Coletiva*. 2020;25(2):595-602. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.09182018>
32. Firmin RL, Luther L, Lysaker PH, Minor KS, Salyers MP. Stigma resistance is positively associated with psychiatric and psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Schizophr Res*. 2016;175(1-3):118-28. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.03.008>
33. Lau YM, Picco L, Pang S, Jeyagurunathan A, Satghare P, Chong AS, et al. Stigma resistance and its association with internalized stigma and psychosocial outcomes among psychiatric outpatients. *Psychiatry Res*. 2017;257:72-8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.027>
34. Ferreira TPS, Sampaio J, Oliveira IL, Gomes LB. A família no cuidado em saúde mental: desafios para a produção de vidas. *Saude Debate*. 2019;43(121):441-9. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912112>
35. Cechnicki A, Wojciechowska A, Valdez M. The social network and the quality of life of people suffering from schizophrenia seven years after the first hospitalization. *ArchPsychiat Psychother [Internet]*. 2008[cited 2020 Jul 03];2:31-8. Available from: http://www.archivespp.pl/uploads/images/2008_10_2/31_p___Archives%202_08.pdf
36. Sibitz I, Unger A, Woppmann A, Zidek T, Amering M. Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2009;37(2):316-23. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp048>
37. Crowe M. Psychiatric diagnosis: some implications for mental health nursing care. *J Adv Nurs*. 2006;53(1):125-33. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03691.x>
38. Cattani AN, Siqueira DF, Terra MG. [The care towards individuals in a Psychosocial Intervention Unit: meanings assigned by the nursing team]. *Rev Pesqui Cuid Fundam*. 2018;10(4):951-7. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.951-957>
39. Gonzalez-Torres MA, Salazar MA, Inchausti L, Ibañez B, Pastor J, Gonzalez G, et al. Lifetime sexual behavior of psychiatric inpatients. *J Sex Med*. 2010;7(9):3045-56. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01795.x>
40. Boska GA, Cesário L, Claro HG, Oliveira MAF, Domânico A, Fernandes IFAL. Vulnerability to sexual risk behavior in users of alcohol and other drugs. *Rev Eletronica Saude Ment Alcool Drog*. 2017;13(4):189-95. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v13i4p189-195>
41. Brusamarello T, Capistrano FC, Oliveira VC, Mercês NNA, Maftum MA. Cuidado a pessoas com transtorno mental e familiares: diagnósticos e intervenções a partir da consulta de enfermagem. *Cogitare Enferm*. 2013;18(2):245-52. <https://doi.org/10.5380/ce.v18i2.32574>