

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

EDSON ANDRÉ PERERIA HILÁRIO

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE), EM UMA
UNIDADE DE URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

EDSON ANDRÉ PEREIRA HILÁRIO

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE), EM UMA
UNIDADE DE URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Urgência e emergência do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Fabiana Bolela de Souza

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE), EM UMA UNIDADE DE URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA** de autoria do aluno **EDSON ANDRÉ PEREIRA HILÁRIO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Urgência e emergência.

Profa. Dra. Fabiana Bolela de Souza
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 06 |
| 2 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE..... | 08 |
| 3 TEORIZAÇÃO..... | 10 |
| 4 PLANO DE AÇÃO..... | 17 |
| 5 CRONOGRAMA..... | 18 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 19 |
| 7 REFERÊNCIAS..... | 20 |
| 8 ANEXOS | 22 |

RESUMO

Historicamente na psiquiatria clássica o conceito de urgência e emergência psiquiátrica se restringe a uma agutização de sintomas psiquiátricos, sendo seu principal objetivo o retorno do indivíduo em crise a normalidade. Nesse contexto a enfermagem psiquiátrica tem seu papel reduzido apenas a ser profissional de medicina e contém este sujeito. No cenário atual da Reforma psiquiátrica, um novo papel é exigido dos serviços de urgência e conseqüentemente da enfermagem. A valorização do sujeito reconhecendo sua condição de ser humano e não somente de doente, passa a exigir um cuidado de enfermagem individualizado e norteado por uma teoria de enfermagem. Propõem-se a implantação da Sistematização da assistência de enfermagem em um serviço de urgência psiquiátrica, através de um instrumento de coleta de dados e uma listagem de prováveis diagnósticos e intervenções de enfermagem que necessariamente deverá passar por constantes revisões.

1 INTRODUÇÃO

Todo o contexto que envolveu o surgimento do Alienismo no final do Século XVIII determinou, ainda que de maneira rudimentar, a criação dos princípios que viriam se consolidar no paradigma de atuação da Enfermagem psiquiátrica ao longo dos últimos dois séculos (ROCHA, 1994).

Ainda na graduação, sempre me intrigou o porquê de uma atuação, no mínimo condenável, por parte de tais profissionais durante toda a história da psiquiatria. Indagava-me o porquê de princípios tão distorcidos de um cuidar que, naquele momento de aprendizado, tanto me despertava interesse. Quando me graduei meu interesse em atuar na enfermagem psiquiátrica, principalmente em serviços de urgência, passava necessariamente pelo desejo de fazer diferente daquilo que até então eu conhecia como processo de trabalho em enfermagem psiquiátrica.

Logo na primeira semana após minha graduação tive a oportunidade de ser selecionado como enfermeiro em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do interior de Minas Gerais, onde tive a oportunidade de atuar nos mais diversos contextos da Saúde Mental comunitária, inicialmente como Enfermeiro Responsável Técnico e Técnico de referência, sendo que após algum tempo exerci cumulativamente a coordenação do Programa De Volta pra Casa do município e a gerência do serviço, me desligando do serviço após cinco anos, na época na função de Coordenador municipal de saúde mental.

Analisando esse meu primeiro percurso na enfermagem psiquiátrica vejo que a grande variedade de funções que exerci passam necessariamente por minha falta de identidade profissional, por um desconhecimento do que de fato seria a enfermagem psiquiátrica, por anseio de que “já que não sei o que fazer, melhor fazer de tudo um pouco”.

Apesar de hoje não considerar tal ausência de base profissional um empecilho à minha atuação, pelo contrário, naquele momento foi algo extremamente produtivo e recompensador, a necessidade de buscar uma atuação mais específica de minha profissão me incomodava muito. Foi neste momento que, após exatos cinco anos de atuação em um serviço aberto e comunitário, que me trazia um razoável grau de satisfação profissional, impulsionado por meu desejo de conhecer melhor minha profissão, pois não consegui fazê-lo trabalhando em um CAPS, iniciei uma segunda etapa profissional em serviço psiquiátrico hospitalar de urgência e internação.

Imaginava que, em um hospital, onde teoricamente a enfermagem teria suas bases mais bem estabelecidas, conseguiria enfim me descobrir como enfermeiro psiquiátrico. Para minha decepção neste novo campo de atuação me deparei com uma enfermagem que, apesar de se esforçar para abandonar seus condenáveis conceitos historicamente construídos de atuação, na prática se mostrava ainda alienada das teorias que deveriam nortear o cuidado. Com um agravante de que, na ausência de tais teorias, o paradigma de uma profissão voltada para vigiar, controlar e punir, mesmo que de maneira velada se faz presente no cotidiano dos serviços.

Porém, tal desconforto, longe de me desanimar, logo no início se tornou em meu cotidiano de trabalho um grande mobilizador diante das perspectivas de mudança, da possibilidade de um melhor embasamento do cuidado prestado aos pacientes que chegavam oriundos das mais diversas partes do estado.

Diante da necessidade de uma teoria que possa direcionar um processo de um cuidado sistematizado, este trabalho tem por objetivo a propor um instrumento de avaliação com uma seleção de prováveis diagnósticos e intervenções que promova um cuidado mais individualizado no atendimento de urgência psiquiátrica do hospital.

2. DIAGNÓSTICO DA REALIDADE

Minas Gerais é um dos estados que apresenta sua rede de atenção em Saúde Mental melhor estruturado do país. Contando atualmente com 244 serviços tipo CAPS, contudo, destes, somente 14 são serviços tipo CAPS III, ou seja, funcionando 24 horas por dia inclusive nos finais de semana. Portanto, a maioria dos serviços se limita a atendimento diário ainda necessitando de leitos hospitalares para retaguarda noturna e de final de semana. (BRASIL, 2014)

Apesar de todos os esforços governamentais o estado ainda conta com 26 hospitais psiquiátricos, a maioria com financiamento privado, sendo três pertencentes ao Estado gerido pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). (BRASIL, 2014)

O cenário deste trabalho se limita ao Serviço de urgência de um destes hospitais do estado, localizado na capital mineira e que, apesar de passar por uma progressiva redução de leitos nos últimos anos, seguindo as diretrizes da atual política de Saúde Mental brasileira, ainda mantém uma alta taxa de ocupação.

Em estudo realizado entre os anos de 2002 e 2007 foi registrado cerca de 40.451 pacientes atendidos no serviço de urgência do referido hospital, sendo que destes, 45,4% eram procedentes de Belo Horizonte, 39,4% da região metropolitana, 15,0% oriundos de outras cidades do estado de Minas Gerais e 0,2% de outros estados. Com relação ao diagnóstico 31,3% tinham o diagnóstico de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delirantes (F20-F29); 21,5% transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de álcool/substâncias psicoativas (F10-F19); 16,5% transtornos do humor (afetivos) (F30-F39); 12,6% transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes (F40-F49), e 4,7% não tinham hipótese diagnóstica. (VOLPE et al., 2010)

O hospital é um dos poucos do estado que não integra o sistema de regulação do Estado, o SUS-fácil, atendendo por livre demanda pacientes trazidos pelo Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Polícia Militar, Bombeiros, ambulâncias eletivas ou carro particular.

O fluxo dentro do serviço não passa por classificação de risco, sendo o primeiro atendimento realizado principalmente por profissional técnico de enfermagem, resumindo-se, basicamente, a verificação dos vitais, sendo o paciente em seguida encaminhado para atendimento médico. Após avaliação, o médico pode optar por um encaminhamento externo

(CAPS, outro serviço de saúde ou residência), observação de 24 horas ou internação no próprio hospital.

O que se percebe é uma alienação do profissional enfermeiro neste primeiro contato do paciente com o serviço. As condutas com o paciente são as mais variadas possíveis condicionadas à experiência e conhecimento do profissional plantonista daquele momento.

Apesar da exigência de avaliação e prescrição de cuidados ao paciente, pelo enfermeiro, tal procedimento raramente é colocado em prática.

3. TEORIZAÇÃO

Durante o final do Império Romano e boa parte do período medieval a igreja católica deu início a construção de hospitais, locais destinados a por em prática a caridade cristã. Sua função era propiciar teto e comida, além de servir como um local para se pregar e praticar a palavra de Deus. Nestes locais todo tipo de desviante, tais como, devassos, prostitutas, venéreos, pobres, desabrigados, doentes e loucos, era confinado, não com o objetivo de cura, mas aguardar a morte, em um ambiente de isolamento e caridade cristã (AMARANTE, 2003; ROCHA, 1994).

Tal situação só viria a mudar no final do século XVIII, no contexto da Revolução Francesa. Nessa época chegou ao fim a era baseada em uma verdade divina, para o surgimento de uma verdade racional, proposta e provada pelo homem através da ciência. Neste novo cenário o hospital deveria deixar de ser uma instituição de caridade e se tornar uma instituição médica, científica (AMARANTE, 2003; ROCHA, 1994).

Ao assumir a direção do Hospital de Bicêtre, nos arredores de Paris, o médico enciclopedista Philippe Pinel, teve como missão transformar a loucura em um problema médico. Pinel retirou do hospital os velhos, pobres, vadios, permanecendo apenas os loucos em confinamento, porém não mais para esperar a morte, mas sim para ser observado, controlado e normatizado, tornando-se o objeto de um novo saber: o Alienismo (AMARANTE, 2003).

Na França o Hospício foi organizado para que em um contexto de normalidade o louco fosse vigiado, julgado, corrigido, às vezes até mesmo reprimido, o chamado tratamento moral baseado em três princípios: o isolamento, a constituição da ordem asilar e a relação de autoridade (AMARANTE, 2003; ROCHA, 1994).

O isolamento tinha como justificativas dois objetivos: isolar para conhecer, partindo do princípio da Botânica de que só se conhece um objeto quando este é isolado de interferências externas e isolar para tratar, pois para Pinel o alienado era dominado pelas paixões que ao serem vivenciadas por ele em excesso, eram causadoras da alienação mental. Para Pinel:

...as idéias tumultuosas que os agitam são provocadas por tudo que os rodeia; sua irritabilidade continuamente por objetos imaginários: gritos, ameaças, cenas de desordem ou atos extravagantes; o emprego judicioso de uma repressão enérgica, uma vigilância rigorosa sobre o pessoal de serviço, (...) exige um conjunto de medidas adaptadas ao caráter particular dessa doença, que só podem

ser reunidas num estabelecimento que lhes sejam consagrados (AMARANTE, 2003).

Apesar de jamais ter se provado como uma alternativa viável ao tratamento de portadores de transtorno mental, o tratamento moral acabou por se consolidar no chamado paradigma psiquiátrico, sendo idealizados e implantados ao longo dos séculos XIX e XX, serviços similares em todos os países do Ocidente. Tais instituições permaneceram inalteradas durante grande parte de sua história somente vinda a sofrer os primeiros questionamentos após a Segunda Guerra Mundial (AMARANTE, 2003; FOCAULT, 2004).

As mais diversas situações de exclusão e violência vividas durante a Segunda Guerra proporcionaram uma ampla revisão da forma como a sociedade lidava com a loucura. As chamadas reformas psiquiátricas surgiram como movimentos teóricos e institucionais em grande parte fruto do contexto dos movimentos sociais da década de 50 e 60 na Europa. Trata-se de uma maneira geral de um questionamento dos rumos que o Hospital psiquiátrico como instituição de tratamento havia tomado, pois com raras exceções tais instituições, independente do país ou contexto social local, se tornaram instituições insalubres, negligentes e desprovidas de teoria ou ética na prestação do cuidado a seus internos. Os movimentos iam desde um simples questionamento da forma como a instituição lidava com seus pacientes até um questionamento da própria instituição como adequada a seu objetivo de tratar a loucura (AMARANTE, 2003).

Desses movimentos, a Psiquiatria Democrática Italiana, em especial, viria a propiciar o arcabouço teórico para o chamado movimento de Luta Antimanicomial brasileiro, lançando a bases para o atual sistema de atenção em saúde mental do Brasil (AMARANTE, 2003).

Liderado pelo psiquiatra Franco Basaglia, o movimento iniciado na década de 60 foi marcado por uma série de acontecimentos na cidade de Trieste que culminou com o fechamento dos leitos psiquiátricos na Itália, com a criação de uma rede aberta de atenção em saúde mental, composta por centros de saúde mental 24 horas, serviço hospitalar de urgência psiquiátrica, cooperativas sociais e residenciais terapêuticos. O diferencial desse movimento era o fato de questionar o próprio conceito de loucura como simples desvio da normalidade, colocando a impossibilidade de uma instituição ter como base o isolamento e a repressão para tratar tais pacientes (AMARANTE, 2003).

No Brasil, o modelo psiquiátrico hegemônico sempre foi o pineliano, desde a fundação do primeiro hospital psiquiátrico, o Hospício Dom Pedro II, no Rio de Janeiro em 1852, vindo sofrer algum tipo de questionamento somente no final da década de 70.

Integrado ao movimento sanitário da década de 70, o Movimento dos trabalhadores de saúde mental, que em 1987 passou a se denominar Movimento de Luta Antimanicomial, militou por cerca de duas décadas, vindo somente a ter conquistas reais em 2001, com a publicação da Lei federal 10.216 a qual regulamenta a atenção a portadores de transtorno mental (AMARANTE, 2003; BRASIL, 2001). De uma maneira geral a lei determina o fechamento progressivo dos leitos psiquiátricos hospitalares, com a criação de uma rede de atenção em saúde mental comunitária, territorial e promotora de cidadania.

Desde o início da Reforma Psiquiátrica, a crise se coloca como uma difícil barreira à implantação da rede de atenção em Saúde Mental.

Foucault (2004) aponta que o conceito de crise foi construído a partir do conceito histórico e cultural daquela sociedade, podendo ser entendido como manifestação de sabedoria, possessão demoníaca, bruxaria e nos últimos séculos como doença, sendo as intervenções adaptadas a cada um desses contextos, podendo ir de exorcismo e queima na fogueira, passando pelo tratamento moral e chegando as atuais formas de tratamento com contenção física, mecânica e química.

Historicamente, a resposta à crise é um reflexo do conceito que lhe é atribuído ao longo da existência da humanidade. De origem grega, a palavra *Krisis* originalmente define um estado no qual se deve tomar uma decisão, sendo um momento fértil pra mudança e crescimento, porém na psiquiatria o termo assumiu aspecto negativo, algo que se deve eliminar o mais rápido possível, se resumindo a uma agudização dos sintomas psiquiátricos, sendo o retorno à normalidade o principal objetivo da ação a ser implementada (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Após a reforma psiquiátrica o conceito de crise tem significado ampliado, para algo que transcende o âmbito individual, passando a ser coletivo, algo que o usuário deve passar sem perder sua continuidade existencial e histórica, mantendo seus vínculos sociais e familiares, com formação de novos vínculos com o próprio serviço e profissionais que o acolheram. Busca-se superar o paradigma médico-psiquiátrico, levando em conta, três dimensões: a dimensão clínica, da psicopatologia, do diagnóstico nosológico ou sindrômico, o diagnóstico da estrutura clínica, no sentido psicanalítico e a presença de comorbidades; a dimensão do laço social do sujeito, sua

rede de suporte, família, trabalho, renda e cultura, entre outros, e a dimensão do sujeito/indivíduo enquanto subjetividade e sujeito de direitos e deveres, especificamente, na crise, mantendo sua posição diante das duas dimensões anteriores (DELL'ACQHA; MEZZINA, 2005).

Com base em tais dimensões pode-se ampliar o conceito de emergência psiquiátrica como sendo a presença de sintomatologia psiquiátrica grave e/ou aguda, por exemplo, estados de agitação psicomotora combinada ou não com agressividade com ruptura das relações familiares e/ou sociais, com risco e incapacidade do indivíduo e sua rede em lidar com a situação, sendo que a posição do indivíduo é de recusa ou indiferença em relação ao tratamento (DELL'ACQHA; MEZZINA, 2005).

O conceito de crise é amplo, polissêmico que pode não se tratar somente de uma experiência individual, podendo ser coletiva e não se restringir somente a portadores de sofrimento mental. Diante de tal variedade de conceitos, neste trabalho optamos por utilizar o conceito de crise de Souza (2008):

...sofrimento grave, quase sempre persistente, muitas vezes complicado por comorbidades diversas, clínicas e de álcool e drogas, evoluindo com crises frequentes e de intensidade suficiente para requisitar cuidados que, tradicionalmente, a Medicina nomeia de urgência e emergência. Estas crises, progressivamente, os arrastam a uma ruptura com sua rede de suporte social e a processos de incapacitação e invalidação social. Crises que são, ainda, via de entrada no circuito psiquiátrico, a base de rotulação de periculosidade e a justificativa da internação involuntária, o argumento para a internação prolongada, quando não permanente, e outros processos de exclusão/segregação.

A atuação do profissional de enfermagem nestas situações no contexto da reforma psiquiátrica ainda é um grande desafio, afinal a enfermagem psiquiátrica surgiu no e para o Hospício, ela seria responsável por operacionalizar a “tecnologia pineliana” e por em prática o tratamento moral, podendo ter todo seu rol de atuação resumido em três funções paradigmáticas: vigiar, controlar e punir (ROCHA, 1994).

O processo de modernização da enfermagem psiquiátrica não acompanhou cronologicamente o processo de modernização da enfermagem como disciplina e prática profissional, com base no modelo Nightingaliano definido como:

...sistema ético de nova perspectiva do cuidado à saúde, em âmbito de nova visão das coisas acerca de assistir pessoas enfermas ou sadias com carências de cuidado, de medidas de apoio e de instrução de enfermeiras, especialmente formadas, tecnicamente treinadas, para ajudar na recuperação da saúde e na manutenção da vida (CARVALHO, 2009, p. 407).

No Brasil, o ensino formal da enfermagem psiquiátrica tem seu início em 1890, com a criação, junto ao hospício Nacional de Alienados, da escola destinada a preparar enfermeiros e enfermeiras para atuação nestes serviços (ROCHA, 1994).

Dentre as disciplinas, incluíam-se noções práticas de propedêutica clínica, noções gerais de anatomia, fisiologia, higiene hospitalar, curativos, pequenas cirurgias, visitas às enfermarias. Existia claramente uma aproximação da grade curricular com as disciplinas médicas, fato que refletia o modelo psicopatológico, que apesar de buscar uma nova explicação para a etiologia dos transtornos mentais, mantinha no tratamento moral sua base terapêutica (ROCHA, 1994).

Assim como no resto do mundo, no Brasil tal modelo perpetua sem contestações durante grande parte do século XX. Somente em 1952, a teórica *Hildegard Peplau*, publicou o livro *Interpersonal Relations in Nursing* que introduziu uma nova teoria para a prática e o ensino da enfermagem psiquiátrica delineando as bases da Teoria do Relacionamento interpessoal no cuidado aos pacientes portadores de transtorno mental (BELCHER; FISH, 2000; TAYLOR, 1992).

Segundo a Teoria do Relacionamento Interpessoal, Enfermagem é um processo interpessoal, pois envolve a relação entre profissional e paciente na busca por um objetivo em comum, o cuidado. Enfoca o potencial terapêutico do relacionamento pessoa a pessoa, reconhecendo o uso que o enfermeiro faz de sua personalidade como o principal instrumento de atuação em enfermagem psiquiátrica (TAYLOR, 1992).

À medida que o profissional assume uma postura de aceitação, buscando compreender o significado do que o paciente está tentando transmitir com seu comportamento, atitude não crítica, não julgando o comportamento do paciente como certo ou errado, mas como uma adaptação a situações de estresse e percebendo seu potencial para mudar por meio de novas adaptações, além de firmeza no modo de agir, atitude básica na relação transmitindo segurança ao paciente, pois o mesmo sente que pode prever o comportamento do enfermeiro.

Na primeira fase do processo de interação interpessoal, a “orientação”, enfermeiro e paciente são estranhos que estabelecem um relacionamento motivado por uma necessidade percebida do paciente ou de seus familiares. Nesta fase existe uma definição do problema, influenciada pelas concepções prévias tanto do enfermeiro quanto do paciente com relação ao outro. Na segunda fase, “identificação”, o paciente seleciona a assistência profissional que melhor adequa a suas necessidades. Na terceira fase, “exploração”, o paciente se sente parte do processo e do ambiente, extraíndo seletivamente os benefícios das terapêuticas oferecidas. Na última fase, “resolução”, existe o término de relacionamento, vindo ambos, enfermeiro e paciente, a se tornarem independentes um do outro e, como consequência, mais amadurecidos (BELCHER; FISH, 2000).

Durante o relacionamento interpessoal o enfermeiro exerce os mais variados papéis: criador de um ambiente terapêutico, agente socializador, conselheiro, professor, substituto dos pais, técnico, terapeuta, sendo seu principal instrumento de atuação o uso de sua própria personalidade para cuidar do outro (BELCHER; FISH, 2000; TAYLOR, 1992).

A teoria de enfermagem funciona como norteadora do processo de Sistematização da Assistência Enfermagem (SAE) que é possibilitada por meio do processo de enfermagem, baseado em dois princípios: a enfermagem é de natureza interpessoal e o ser humano deve ser visto pelo enfermeiro de maneira holística (HICKMAN, 2000; TANNURE, GONÇALVES, 2008).

Trata-se de uma metodologia específica, na abordagem de solução de problemas, se constituindo em essência da prática profissional de enfermagem por meio de um método intelectual deliberado, ordenado e sistematizado, consistindo em cinco fases: avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (HICKMAN, 2000).

No entanto, entendemos que mesmo após mais de duzentos anos da criação de sua base teórica e mesmo após ter sido sistematicamente comprovada sua incapacidade de lidar de maneira resolutiva com o transtorno mental, o paradigma psiquiátrico hegemônico e conseqüentemente a enfermagem psiquiátrica pautada nas funções de vigiar, controlar e punir, e um “fazer por fazer” norteando o cuidado, ainda se fazem presentes no cotidiano da profissão, em detrimento da Teoria do Relacionamento Interpessoal e de um cuidado sistematizado, apesar das fortes evidências da eficácia destes últimos (BELCHER; FISH, 2000).

Entendendo que historicamente a enfermagem psiquiátrica foi criada para vigiar, controlar e punir o louco, mas que a psiquiatria tem se transformado na teoria e na prática institucional, ainda é uma incógnita qual seria o papel da enfermagem psiquiátrica atual, e como interromper a perpetuação cotidiana de tal paradigma nos cenários de atuação.

Nota-se claramente uma insatisfação de parte dos profissionais com esse papel, e busca por referências para modificá-lo. Afinal não é possível a reforma da assistência em psiquiatria sem a presença da enfermagem, visto que esta permanece 24 horas junto ao paciente.

4. PLANO DE AÇÃO

Lançar as bases para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem para a instituição cenário do estudo, através da elaboração de um instrumento de coleta de dados (Anexo 1), a ser aplicado pelo enfermeiro plantonista do serviço de urgência do hospital, para levantamento de diagnósticos e intervenções de enfermagem.

A versão final do instrumento de coleta de dados é subdividida em três categorias: identificação do paciente (dados gerais, queixa principal, história da doença atual, história pessoal e psiquiátrica), exame do estado mental (EEM) e investigação física.

Com base na Teoria do Relacionamento Interpessoal, inicialmente a coleta de dados será direcionada a um grupo predeterminado de diagnósticos e intervenções originados das vivências do autor.

A listagem de prováveis diagnósticos e intervenções (Anexo II) deverão passar necessariamente por revisão periódica em reunião aberta aos profissionais envolvidos, afim de melhor se adaptar às reais situações do serviço e especificidade dos atendimentos, podendo serem revisto e reformulados durante os encontros de avaliação, não se restringindo tal revisão apenas aos diagnósticos e intervenções, incluindo também ao instrumento de coleta de dados a e própria teoria de enfermagem e ser utilizada.

5. CRONOGRAMA

| Mês/ano | Ação |
|----------------|---|
| 01/2014 | Escolha da teoria e elaboração do instrumento de coleta de dados. |
| 02/2014 | Elaboração da listagem dos prováveis diagnósticos e intervenções de enfermagem. |
| 03/2014 | Apresentação do instrumento e implantação. |
| 04/2014 | Primeira avaliação para revisão do instrumento de coleta de dados, listagem de prováveis diagnósticos e intervenções e revisão da teoria adotada. |
| 05/2014 | Segunda avaliação para revisão do instrumento de coleta de dados, listagem de prováveis diagnósticos e intervenções. |
| 06/2014 | Terceira avaliação para revisão do instrumento de coleta de dados, listagem de prováveis diagnósticos e intervenções. |
| 07/2014 | Quarta avaliação para revisão do instrumento de coleta de dados, listagem de prováveis diagnósticos e intervenções. |

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Sistematização da Assistência de Enfermagem se mostra necessária na criação de um contexto de maior autonomia para o enfermeiro, no qual este pode ter ações concretas junto ao paciente independentemente da ação de outros profissionais.

Historicamente na psiquiatria a atenção em urgência psiquiátrica se resumia na busca pela contenção do sujeito e seus sintomas na busca pelo retorno imediato à normalidade, sendo tais serviços a porta de entrada para longos períodos de internação. Neste contexto a enfermagem se resume a ser mãos que medecam e contém este sujeito. Porém reforma psiquiátrica e o próprio amadurecimento da profissão exige outro papel da enfermagem psiquiátrica.

O processo de enfermagem possibilita o uso do raciocínio clínico na produção e oferta de um cuidado individualizado, pautado nas necessidades do paciente, além de propiciar o registro das atividades da enfermagem, muitas vezes negligenciado.

Uma discussão mais ampla da teoria e do instrumento se faz necessária para efetiva implantação da SAE.

8. REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo (Coord) A Constituição do Paradigma Psiquiátrico. In: AMARANTE, Paulo (Coord). **Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação à distância**. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, 2003. Vol. 2, p.9-22.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Datasus**. Disponível em url: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=31&VMun=00&VUni=07&VUniSub=006. Acesso em: 24 de Janeiro de 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Legislação em Saúde mental 1990 - 2002**. 3ª Ed. Vev. Brasília, 2002

BELCHER, Janice Ryan; FISH, Lois J. Brittain. Hildegard E. Peplau. In: GEORGEN Julia. B. **Teorias de Enfermagem. Os fundamentos à prática profissional**. 4º Edição. ARTMED Editora, Porto Alegre 2000. Cap. 4, p. 45-58.

CARPENITO, Lynda Juall. **Manual de Diagnósticos de Enfermagem**. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005

CARVALHO, Vilma de. **Por uma epistemologia do cuidado de enfermagem e a formação dos sujeitos do conhecimento na área da enfermagem - do ângulo de uma visão filosófica**. Escola Anna Nery Revista Enfermagem, 2009. V.13, n.2, p. 406-414.

DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. **Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial**. In: AMARANTE, P.D.C. (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2005. v.2, p.161-94

FERIGATO, S. H; CAMPOS R. T. O; BALLARIN M. L. **O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos**. Revista de Psicologia da UNESP, 6(1), 2007. Campinas. Pag 31-44

FOUCAULT, M. (2004). **História da Loucura**. (J. T. C. Neto, trad., 7a ed.). São Paulo: Perspectiva.

HICKMAN, Janet S. Introdução a teoria de enfermagem. In: GEORGEN Julia. B. **Teorias de Enfermagem. Os fundamentos à prática profissional**. 4º Edição. ARTMED Editora, Porto Alegre 2000. Cap. 1, p. 11-20

ROCHA Ruth Milyus. **Enfermagem psiquiátrica: que papel é esse?**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/ Te corá, 1994.

TABORDA, J. G. V. Exame psiquiátrico. In: TABORDA, J. G. V.. **Rotinas em psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p. 11-23.

TOLEDO, Vanessa Pelegrino. **Sistematização da assistência de enfermagem psiquiátrica na reabilitação psicossocial**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. 143p.

TANNURE, Meire Chucre; GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro. **SAE-Sistematização da assistência de Enfermagem**: um. Guia Prático. 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TAYLOR, Cecelia Monart. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Merennes**. 13ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

VOLPE FM et al. **Perfil da clientela atendida em um serviço público de urgência psiquiátrica no município de Belo Horizonte, Brasil, no período de 2002 a 2007**. J Bras Psiquiatr. 2010;59(3):203-209.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – COLETA DE DADOS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: _____

Sexo: Masc__ Fem__

Idade:___ Raça/cultura:_____

Situação Ocupacional/Financeira:_____

Nível Educacional:_____

Situação familiar/conjugal/filhos:_____

Tipo de Moradia:_____

Preferência religiosa:_____

Diagnóstico Médico: Clínico/Psiquiátrico_____

QUEIXA PRINCIPAL

Relato sucinto do por que da procura do serviço, preferencialmente nas palavras do paciente

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Relato cronológico do surgimento dos sintomas e alterações comportamentais e alterações comportamentais.

Impactos da doença

- Nas atividades diárias
- Relações pessoais
- Alterações da personalidade
- Memória
- Capacidades cognitivas
- Padrões de sono
 - Aumentado
 - Diminuído
- Peso
 - Perda
 - Ganho
- Appetite
 - Aumentado
 - Diminuído
- Funcionamento sexual
- Relação entre sintomas físicos e psíquicos.

- Uso de drogas ou álcool para alívio de sintomas
- Ganhos secundários.

OBS. _____

HISTÓRIA PESSOAL

História cronológica da vida do paciente, buscando relacioná-la com o problema emocional apresentando

Pré-natal e nascimento

- Gravidez planejada,
- Doenças infecciosas sofridas pela mãe
- Condições anormais do parto,
- Recusa do bebê pelo grupo familiar
- Doenças perinatais

Infância

- Aleitamento materno
- Desenvolvimento neuropsicomotor anormal
- Negligência nos cuidados propiciados à criança
- Presença de transtorno do sono
- Enurese noturna
- Tiques
- Convulsões
- Ingresso na escola
- Ansiedade de separação
- Dificuldades de aprendizagem
- Relacionamento anormal com outras crianças e professoras
- Doenças próprias da infância

OBS. _____

Adolescência

Saber com reagiu à puberdade, experiências sexuais, sua relação com o grupo de iguais

- Tinha amigos íntimos
- Era reservado
- Mudanças de comportamento (na escola e com os pais)
- Código de valores morais inadequados
- Uso de drogas ou álcool
- Comportamento anti-social
- Relacionamentos amorosos
- Reação anormal as primeiras responsabilidades assumidas.

OBS. _____

Idade adulta

Profissional

Grau de capacitação

- Analfabeto
- Analfabeto funcional
- Alfabetizado
- 1º Grau incompleto

ANEXO I

- 1º Grau completo
- 2º Grau incompleto
- 2º Grau completo
- 3º Grau incompleto
- 3º Grau completo

Histórico de empregos, estabilidade, relação com colegas, superiores, aspirações, nível de rendimentos.

Social

- Isolamento/retraimento social
- Recreação inapropriada para idade
- Recreação Anti-social
- Recreação Bizarra
- Falta de atividade recreacional

Amizades, redes de apoio, hábitos de lazer, classe social.

Familiar

Composição familiar, relacionamento com cônjuge, filhos e demais familiares (história do relacionamento, como iniciou o namoro, por se que casou, como percebe o casamento, estabilidade da união, como vivenciou o nascimento dos filhos, a forma como exerce a função parental, bem como sua família de origem.

Sexual

Grau de satisfação com sua vida sexual

- Satisfeito
- Insatisfeito
- Indiferente

Atitude perante o sexo

Parceiro

- Único e estável
- Não os tem
- São diversos.

Modo de com eles se relacionar

Disfunções

- Ejaculação rápida (precoce)
- Disfunção erétil (impotência)

- Desejo sexual hipoativo (falta de vontade de fazer sexo, frigidez)
- Anejaculação e anorgasmia no homem
- Anorgasmia na mulher
- Dor na relação sexual
- Dor na ejaculação

Parafilias

- Exibicionismo
- Fetichismo
- Frotteurismo
- Pedofilia
- Masoquismo
- Sadismo
- Fetichismo transvéstico
- Voyeurismo

Orientação sexual

- Homossexual
- Heterossexual
- Bissexual
- DST's

OBS.

Personalidade prévia

Padrão de funcionamento ou modo de ser, antes da doença.

Patológica?

- Sim
- Não

HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA

Tratamentos prévios, ambulatoriais e hospitalizações

Medicações em uso e que já usou*

| Medicamento | Resposta | E. Colateral |
|-------------|----------|--------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

1. Parkinsonismo
2. Acatisia
3. Distonia aguda
4. Discinesia tardia
5. Hipotensão postural
6. Amenorréia
7. Galactorréia
8. Ginecomastia
9. Crises oculógiras
10. Sonolência/Sedação
11. Secura da boca e da pele
12. Midríase
13. Dificuldade de acomodação visual
14. Taquicardia
15. Constipação intestinal
16. Retenção urinária
17. Prejuízo coordenação motora fina
18. Quedas fraturas
19. Visão embaçada
20. Midríase
21. Taquicardia
22. Sintomas gastrointestinais
23. Sedação

Relacionamento com serviços anteriores.

Posição em relação ao tratamento

- Boa aderência
- Aderência parcial
- Recusa

Interação com equipe e colegas de unidade

- Manipulador
- Retraído
- Isolado
- Verbal ou fisicamente hostil
- Querelante
- Passivo
- Afirmativo
- Agressivo
- Passivo-agressivo

História Médica

- Diabetes
- HAS
- Hipotireoidismo
- Hipertireoidismo

Outras

Cirurgias prévias, tratamentos e hospitalizações

História familiar

Presença de suicídio ou tentativas depressão mania, esquizofrenia, alcoolismo em familiares próximos

Patologias psiquiátricas?

Não
 Sim
 Quais/quem?

Não psiquiátricas?

Não
 Sim
 Quais/quem?

EXAME DO ESTADO MENTAL

Aparência geral, postura, gestos, fâcies, expressão facial, modo de falar, qualidade e adequação das vestes, idade aparente, faixa etária alterações físicas, atividade motora, atitude em relação ao examinador.

| | | |
|------------------------|--------------------------------|---|
| Abertura Ocular | Espontânea | 4 |
| | Ao comando verbal | 3 |
| | À dor | 2 |
| | Ausente | 1 |
| Resposta Motora | Obedece comandos | 6 |
| | Localização à dor | 5 |
| | Flexão inespecífica (retirada) | 4 |
| | Flexão hipertônica | 3 |
| | Extensão hipertônica | 2 |
| | Sem resposta | 1 |
| Resposta Verbal | Orientado e conversando | 5 |
| | Desorientado e conversando | 4 |
| | Palavras inapropriadas | 3 |
| | Sons incompreensíveis | 2 |
| | Sem resposta | 1 |

1 CONSCIÊNCIA

Escala de Glasgow

Alterações Quantitativas

- 15 Lúcido
- 14-12 Obnubilação/sonolência: está alterada a capacidade de pensar claramente, para perceber, responder e recordar os estímulos comuns, com a rapidez habitual. O paciente tende a cair em sono quando não estimulado. Às vezes é necessário falar alto ou tocá-lo para que compreenda uma pergunta. Confusão: caracterizada por um embotamento do sensorio, dificuldade de compreensão, atordoamento e perplexidade, juntamente com desorientação, distúrbios das funções associativas e pobreza ideativa. O paciente demora a responder aos estímulos e tem diminuição do interesse no ambiente. A face de um doente confuso apresenta uma expressão ansiosa, enigmática e às vezes de surpresa. É um grau mais acentuado que a obnubilação.
- 11-9 Estupor/torpor: estado caracterizado pela ausência ou profunda diminuição de movimentos espontâneos, mutismo. O paciente somente responde a estímulos vigorosos, após os quais retorna ao estupor.
- 8-3 Coma: há abolição completa da consciência; o paciente não responde mesmo aos estímulos externos (dolorosos), ou internos (fome, frio, necessidades fisiológicas, outros).
- Hiperalerta: estado no qual o paciente encontra-se ansioso, com hiperatividade autonômica e respostas aumentadas aos estímulos. Pode ocorrer em consequência ao uso de drogas (anfetaminas, cocaína), abstinência (benzodiazepínicos), ou no stress pós-traumático.

Alterações Qualitativas

- Estado crepuscular: experimentar alucinações e delírios e atos de agressividade, estreitamento da consciência.
- Estupor catatônico: encontra-se desconectada do que acontece a sua volta, imóvel e com olhos fixos.

2 ATENÇÃO

Vigilância: designa a capacidade de voltar o foco da atenção para os estímulos externos. A melhor forma de avaliar a atenção é através da observação durante a entrevista.

ANEXO I

- Normal
- Hipervigil – sensibilidade exagerada a novos estímulos (desvia o olhar para qualquer estímulo sonoro).
- hipovigil – diminuição da capacidade de atentar a novos estímulos..

Tenacidade: capacidade de manutenção da atenção ou de uma tarefa específica. Deve-se observar a capacidade de prestar a atenção às perguntas durante a entrevista, sem estar constantemente distraído-se.

- Normal
- Hipotenacidade: dificuldade em manter-se fixado a um mesmo estímulo.
- Hipertanacidade: atenção excessiva sobre determinando estímulo (olhar fixo no entrevistador, olhos arregalados).

3 ORIENTAÇÃO

Tempo (alopsíquica)

Reconhecimento correto

- Ano
- Mês
- Dia
- Se lembra do tempo de eventos recentes importantes
- Data de internação
- Desorientado no tempo

Espaço

Reconhecimento correto

- Cidade
- Hospital

Pessoal (autopsíquica)

- Reconhecimento de seus dados pessoais
- Familiares
- Pessoas com quem seus em contato.

4 SENSOPERCEPÇÃO

Alterações perceptivas nos sistemas sensoriais motor

- Visual
- Auditiva
- Olfativo
- Gustativo
- Tátil
- Ilusões
- Atitude alucinatória
- Congruentes com o humor
 - Sim
 - Não
- Sintomas físicos
- Somáticos
- Conversivos
- Despersonalização (Alteração na percepção de si próprio Sentimentos de estranheza ou irrealidade)
- Desrealização (Alteração na percepção do ambiente, sentimentos de estranheza e irrealidade)

5 MEMÓRIA

- Prejuízo da Memória imediata (últimos 5 min. Repetição de palavras enunciadas pelo entrevistador)

- Prejuízo da Memória recente (últimas horas ou dias, indagar sobre fatos da vida do paciente que possam ser comprovados)
- Prejuízo da Memória remota (desde os primeiros anos de vida, indague sobre acontecimentos marcantes de sua vida)

Amnésia

- Retrógrada (para fatos anteriores ao marco temporal)
- Anterógrada (para fatos posteriores)
- Confabulação (falsa reminiscência de fatos ou eventos, buscando preencher déficits de memória)
- Simulação (sem déficit, apenas vontade de enganar o entrevistador)

6 FUNCIONAMENTO INTELECTUAL

Analisar durante a conversa, tanto o vocabulário quanto os conhecimentos

Inteligência

- Superior
- Média
- Inferior
- Retardo mental
- Ignorância/pobreza

7 HUMOR/AFETO

Humor - Estado emocional de longa duração, interno, não dependente de estímulo externo-sintoma relatado

Afeto - Manifestação externa da resposta emocional – Observável.

Qualidade do Humor afeto

- Ansiedade
- Medo
- Tristeza
- Culpa
- Vergonha
- Apatia
- Prazer
- Alegria
- Exaltação
- Irritabilidade
- Raiva
- Desconfiança
- Amor
- Ódio

Intensidade

- Denso
- Superficial
- Indiferente
- Inapropriado
- Puerilismo

Modulação

- Modulado adequadamente
- Anedonia (incapacidade de sentir prazer)
- Embotado
- Rígido
- Dissociação idioafetiva (discrepância entre o conteúdo do pensamento e o afeto exteriorizado)

Estabilidade

- O atual é o usual?
- Variação diurna?
- Ocorrem variações súbitas
- Está lábil
- Há crises agudas e paroxísticas

ANEXO I

8 PENSAMENTO

Produção do pensamento

- Lógico
- Ilógico (conclusões errôneas ou contradições internas)
- Mágico (as idéias vão se construindo a partir do desejo e da necessidade interna do indivíduo, palavras ou ações assumem força e poder)

Curso do pensamento

- Dirigi-se a um fim determinado
- Circunstancialidade (Rico em detalhes irrelevantes ou redundantes).
- Tangencialidade (o fim nunca é alcançado)
- Fuga de idéias (desvio completo do objetivo a ser atingido)
- Bloqueio (interrupção do pensamento antes de sua conclusão devido a perda do mesmo)
- Desagregação (assertivas não se relacionam mutuamente)

Velocidade do pensamento

- Adequado ao conteúdo
- Lentificado
- Acelerado

Conteúdo do pensamento

- Idéias supervalorizadas
- Idéias de referência
- Obsessões
- Medos
- Idéias suicidas
- Preocupações

Delírios

- Perseguição
- Grandeza
- Místicos
- Eróticos
- De culpa
- De ruína
- Somáticos
- De referência
- De controle

Características

- Fragmentado
- Sistematizado
- Bizarro

Congruentes com o humor

- Sim
- Não

Juízo crítico

- Estabelece prioridades
- Antecipa conseqüências a curto e a longo prazo
- Consegue conduzir-se de acordo com seu julgamento
- Há risco de comportamento impulsivo

Abstração do pensamento

- Recorre a analogias e metáforas
- É capaz de interpretar provérbios

Grau de Insight

Positivo

- Percebe-se doente
- Acha necessário fazer algum tipo de tratamento
- Identifica causas internas (biológicas ou psicológicas)

Negativo

- Atribui seu problema a causas externas

- Tem dúvidas a respeito de que está se passando

- Nega a patologia

Insight

- Pleno
- Médio
- Ausente

9 VONTADE

Síndromes psicóticas

- Desorganização do comportamento
- Agitação psicomotora
- Maneirismos
- Estereotipias
- Ecopraxia
- Negativismo
- Obediência automática
- Flexibilidade cérea
- Comportamento bizarro
- Atos perseverativos
- Catatonia

Transtornos de humor

- Hiperatividade
- Hipoatividade
- Retardo psicomotor
- Abulia
- Apatia
- Fadiga
- Aumento ou diminuição da energia
- Gesto suicida
- Tentativa de suicídio

Ansiedade

- Compulsões
- Rituais
- Comportamento evitativo

Sono

- Insônia
- Hipersonia
- Diminuição da necessidade de horas de sono
- Transição difícil para o sono e do sono para o despertar

Parassonias

- Sonambulismo
- Pesadelos/Terroses
- Solilóquio
- bruxismo

Alterações nos hábitos alimentares

- Aumento do apetite
- Diminuição do apetite
- Ganho de peso
- Perda de peso
- Vômitos induzidos
- Uso de laxantes ou diuréticos

Comportamentos de dependência

- Padrão de uso de álcool e drogas
- Padrão de alimentação
- Hábito de jogo

Comportamento impulsivo

- Controle dos impulsos
- Agressividade

ANEXO I

- Automutilações
 - Atos anti-sociais
-
-
-
-

10 LINGUAGEM

Articulação

- Disartria
- Alteração da pronúncia

Ritmo

- Lenta
- Rápida
- Fluente
- Contínua
- Alta
- Baixa
- Murmurada
- Há salada de palavras

Tonalidade afetiva

- Suave
- Hesitante
- Irritado
- Exaltado
- Rouco
- Inflexão
- Modulação excessiva
- Voz monocórdia

Conteúdo Qualidade da expressão verbal

- Está de acordo com seu grau sócio/econômico e grau de instrução
- Afasia
- Conteúdo bizarro
- Confabulação
- Ecolalia
- Incoerente
- Mudo
- Neologismo
- Absurdos/jargofasia
- Gaguet
- Vulgar
- Pobre
- Uso adequado de palavras
- Neologismos
- Idiossincrasias
- Vago
- Superelaborado
- Tangencial
- Circunstancial (muitos detalhes)
- Afasia de Broca (grande dificuldade em falar, porém a compreensão da linguagem encontra-se preservada)
- Afasia de Wernick (dificuldade na compreensão da linguagem, a fala é fluente e faz pouco sentido)
- Parafrásias (palavra substituindo outra)

OBS. _____

11 VALORES CRENÇAS

Tem religião?

- Sim

Qual? _____

Praticante?

- Sim
- não

Você acha que a religião ajuda na sua vida?

- Sim
- Não

Porquê?

Restrições religiosas

- Sim
- não

Solicita visita religiosa

- Sim
- Não

INVESTIGAÇÃO FÍSICA

1 DADOS CLÍNICOS

Altura: _____ Peso: _____ Temperatura: _____

Estado nutricional _____

Panículo adiposo _____

Desenvolvimento físico _____

Biótipo _____

Pulso: _____

- Regular
- Irregular
- Taquicárdico
- Bradicárdico
- Normocárdico

Ritmo

- Regular
- Irregular

PA:

Em pé _____ / _____ mmHg

Deitado _____ / _____ mmHg

OBS. _____

- Desconforto
- Aflição
- Dor
 - Dor aguda
 - Dor crônica

2 RESPIRATÓRIO/CIRCULATÓRIO

Frequência Respiratória: _____ mrpm

- Dispneia
- Tosse produtiva

Tórax

- Forma do tórax
- Globoso
- Tonel
- peito de pombo
- escavado

Deformação da caixa torácica e coluna

- Cifo-escoliose torácica
- Lordose

ANEXO I

- Abaulamentos
- Retrações
- Tiragens dos espaços intercostais

Percussão do tórax

- Som claro pulmonar
- Atimpânico
- Submacicez,
- Macicez
- Hipersonoridade
- Timpanismo

Ausculta

Ruídos normais

- Som traqueal
- Som brônquico
- Bronquio-vesicular
- Murmúrio vesicular
- Frêmito tóraco-vocal e frêmitos patológicos

Alterações do murmúrio e ruídos adventícios

- Sibilos
- Roncos
- Estertores
- Crepitações finas e grossas
- Atritos
- Sopros

Ausculta pulmonar

- MV Bilateralmente
- MV diminuído Bilateralmente
- MV diminuído a D
- MV diminuído a E
- Roncos
- Sibilos
- Estertor

Ausculta precórdio

- Focos
- Mitral
- Tricúspide
- Pulmonar
- Aórtico

OBS.

3 METABÓLICO/TEGUMENTAR

Pele

Cor

- Dentro do limite normal
- Pálida
- Cianótica
- Ictérica
- Cicatrizes
- Outras: _____

Lesões

- Hematomas
- Petéquias
- Equimoses
- Vermelhidão
- Prurido
- Feridas

Descrever/localizar _____

Temperatura

- Dentro do limite normal
- Quente
- Fria

Turgor

- Dentro do limite normal
- Diminuído

Olhos

- Edema
- Corrimento
- Prurido
- Derrame conjuntival
- Turvação
- Visão Dupla
- Acuidade diminuída
- Problemas de visão

Ouvidos

- Dor
- Eliminação de secreções
- Dificuldade auditiva
- Aparelho de audição
- Zumbidos

Boca

Lesões

- Nenhuma
- Sim

Descrever/localizar _____

Higiene

- Boa
- Precária

Condições dos dentes:

- Íntegros
- Fraturas
- Cáreis

Pescoço

- Estase jugular
- 90
- 45ª
- 30ª

Linfonodos/alteração

- Occipitais
- Retroauriculares,
- Cervicais,
- Submandibulares,
- Submentonianos,
- Axilares,
- Epitrocleares
- Inguinais
- Poplíteos

Eliminação urinária

- Enurese
- Incontinência
 - Funcional
 - Reflexa
 - Tensão
 - Total

ANEXO I

- Urgência

Eliminação intestinal

- Constipação
 - Cólon
 - Perceptível
- Diarréia
- Encoprese
- Incontinência

Abdome

Aspecto

- Plano
- Globoso
- Distendido
- Doloroso a palpação
- Rígido
- Outros _____

RHA

- Presente
- Ausente
- Diminuído
- Aumentado

Palpação

- Protrusão de hérnias
- Massas superficiais mais evidentes
- Diástase dos músculos retos abdominais.
- Sensibilidade
- Tensão
- Massas
- dor

Percussão

- presença de massas,
- ascite,
- Aumento do fígado
- Alteração baço

MMSS

- Problemas de coordenação
- Tremores
- Deformidades
- Baqueteamento digital
- Edema

Força

- Bilateral
- Fraqueza
 - Direita
 - Esquerda
- Paralisia
 - Direita
 - Esquerda

MMII

- Problemas de coordenação
- Tremores
- Edema

Força

- Bilateral
- Fraqueza
 - Direita

- Esquerda
 - Paralisia
 - Direita
 - Esquerda
 - Posição Viciosa
-
-

5 GENITURINÁRIO/REPRODUTIVO

- Lesão genital
- Corrimento
- Odor
- Histórico de DST
- Preocupação com relação ao comportamento sexual

MULHERES

Data do último período menstrual: ___/___/_____

Duração do período do ciclo: ___ dias

- Problemas associados a menstruação

Seios

- Dor
- Pontos doloridos/sensíveis
- Inchaço
- Carroço
- Corrimentos
- Pratica o auto-exame

HOMENS

- Corrimento peniano
- Problemas de Próstata

PROVÁVEIS DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES NO CUIDADO EM ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PSIQUIÁRICA

RISCO PARA AUTOLESÃO relacionado a transtorno mental, caracterizado por:

- Expressar o desejo ou a intenção de lesionar-se.
- Expressar o desejo de morrer ou de cometer suicídio.
- História passada de tentativas de lesionar-se.

RESULTADOS ESPERADOS: O indivíduo deverá escolher alternativas não-lesivas.

INTERVENÇÕES:

- Demonstrar a aceitação do indivíduo como uma pessoa valiosa, através do uso de declarações e comportamentos não-críticos;
- Ouvir ativamente ou proporcionar apenas apoio permanecendo em silêncio com a pessoa;
- Auxiliar a reconhecer a presença de esperança e elementos alternativos;
- Auxiliar a investigar as vantagens e desvantagens da autolesão;
- Reduzir os estímulos excessivos. Permitir oportunidades para a expressão verbal dos pensamentos e sentimentos; Fornecer um número telefônico de 24 horas para as emergências.
- Promover controle de meios (recolher materiais cortantes, ou que facilitem tentativas de auto-extermínio: cintos, cadarços entre outros; supervisionar a ingestão de medicamentos evitando o acúmulo dos mesmo);
- Manter o paciente em ambiente sob constante vigilância.

CONTROLE INEFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO

caracterizado por dificuldade verbalizada com a regulação/integração de um ou mais regimes prescritos para o tratamento da doença e seus efeitos ou para a prevenção de complicações, relacionados a:

- Complexidade do regime terapêutico
- Custo financeiro do regime
- Complexidade do sistema de atendimento de saúde

- Efeitos colaterais da terapia
- Tratamentos ou técnicas desconhecidas
- Conflitos decisoriais
- Conhecimento insuficiente
- Conflitos familiares
- Desconfiança do regime
- Desconfiança do pessoal de atendimento de saúde
- Conflitos de crenças de saúde
- Questionamento sobre a seriedade do problema
- Questionamento sobre a suscetibilidade
- Questionamento sobre os benefícios do regime
- Apoio social insuficiente
- Confiabilidade insuficiente
- Experiências anteriores malsucedidas
- Déficit cognitivos
- Fadiga
- Deficiências de audição
- Motivação
- Ansiedade
- Problemas de memória

RESULTADOS ESPERADOS: O/a indivíduo/família deverá relatar uma intenção de praticar os comportamentos saudáveis necessários ou desejáveis para recuperação da doença e para a da recorrência ou de complicações.

INTERVENÇÕES: Identificar os fatores causadores ou contribuintes que impedem o controle eficaz.

- Falta de confiança.
- Confiabilidade insuficiente (auto-eficácia).
- Conhecimento insuficiente.
- Recursos insuficientes.

- Penetrar no sistema familiar. Não dominar.
- Ouvir para descobrir as preocupações, não para impor expectativas;
- Solicitar a expressão de sentimentos, preocupações, perguntas da pessoa e da família;
- Encorajar a pessoa/família a buscar informação e tomar decisões informadas;

- Explicar as responsabilidades da pessoa/família e como podem ser assumidas.
- Explicar e discutir: Processo da doença; Regime de tratamento (medicação, dieta, procedimentos, exercícios, uso de equipamentos); Justificativa do regime; Expectativas (cliente, família) do regime; Efeitos colaterais do regime; Mudanças necessárias no estilo de vida; Métodos para monitorar a condição; Cuidado de acompanhamento necessário; Sinais ou sintomas de complicações; Recursos, apoio disponível; Alterações necessárias no ambiente doméstico;
- Melhorar o aprendizado com relação a terapia medicamentosa com o uso de recursos visuais.
- Identificar os encaminhamentos ou os serviços comunitários necessários para dar prosseguimento ao atendimento.
- Identificar ações que interferiram na obtenção das metas estabelecidas.
- Treinar respostas menos defensivas para situações difíceis.
- Avaliar interações, progresso e abordagem com os outros membros da equipe para assegurar a consistência geral no tratamento.
- Trabalhar para o estabelecimento de relacionamento terapêutico com o cliente, para diminuir a necessidade de defesa e permitir um acesso mais direto aos fatores relacionados subjacentes (ver Baixa Auto-Estima Crônica).
- Compreender a relutância inicial do cliente em confiar.
- Engajar o cliente em atividades recreacionais, sem metas dirigidas, não-competitivas (p. ex., terapia de relaxamento, jogos, saídas).
- Encorajar a auto-expressão de temas neutros, reminiscências positivas, etc.
- Encorajar outros meios de auto-expressão (p. ex., redação ou artes plásticas) se a interação verbal for difícil ou se forem áreas pessoalmente fortes.
- Ouvir, passivamente, as expressões grandiosas ou negativas para reforçar a sua “Vi-são positiva”.

ENFRENTAMENTO DEFENSIVO relacionado a baixo insight caracterizado por negação de fraquezas/problemas óbvios

RESULTADOS ESPERADOS: O indivíduo deverá relatar ou demonstrar diminuição comportamento defensivo.

INTERVENÇÕES GERAIS

- Reduzir as demandas sobre o indivíduo à medida que o nível de estresse e/ou os sinais de enfrentamento defensivo aumentam.
- Estabelecer uma instância terapêutica que reduza os vínculos defensivos e aumente as ações efetivas.
- Manter um tom neutro, casual, com uma abordagem consistentemente positiva.
- Garantir que toda a equipe relacione-se de forma consistente, com expectativas realistas.
- Concentrar-se em tópicos simples do momento atual, direcionados para as metas ao encontrar as defesas do cliente.
- Encorajar o cliente a expressar metas e estabelecer um acordo com ele no mínimo em 1 ou 2 áreas.
- Não defender ou participar das projeções ou dos deslocamentos negativos do cliente.
- Desengajar os desacordos.
- Não desafiar as distorções ou as expressões irreais/grandiosas.
- Tentar redirecionar a conversa para tópicos mais neutros ou mais realistas, sobre os quais já tenha sido estabelecido algum acordo.
- Encorajar a pessoa a avaliar seu próprio progresso.

RISCO PARA LESÃO relacionado ao uso de medicamentos antipsicóticos típicos com histórico de reação adversa anterior com o uso dos mesmos.

RESULTADOS ESPERADOS: O indivíduo deverá relatar um número menor de lesões e menos medo de sofrer lesão.

INTERVENÇÕES:

- Observar e registrar o surgimento dos seguintes sintomas: Parkinsonismo; Acatisia; Distonia aguda; Discinesia tardia; Hipotensão postural; Amenorréia; Galactorréia; Ginecomastia; Crises oculógiras; Sonolência/Sedação; Secura da boca e da pele; Midríase ; Dificuldade de acomodação visual; Taquicardia; Constipação intestinal; Retenção urinária; Prejuízo coordenação motora fina; Quedas fraturas; Visão embasada; Midríase; Taquicardia ; Sintomas gastrointestinais; Sedação.
- Orientação o paciente diante do surgimento de tais sintomas quanto ao caráter temporário dos mesmos na busca pela redução da ansiedade provocada.

PERAMBULAÇÃO relacionada a prejuízo na função cerebral secundário a transtorno mental caracterizado por indivíduo que anda a passos repetitivamente.

RESULTADOS ESPERADOS: O indivíduo não irá se evadir ou sentir-se perdido.

INTERVENÇÕES:

- Garantir uma rota segura para caminhada;
- proporcionar alimentos que possam ser ingeridos mesmo durante a caminhada, como frutas, biscoitos, entre outros;
- antecipar necessidade de ir ao banheiro com uma lista de horários;
- organizar lista de horários para líquidos e alimentos;
- buscar direcionar esse excesso de energia para atividades mais funcionais como esportes não competitivos.

PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTURBADA relacionados à interpretação errada secundária a transtorno mental caracterizado por interpretação incorreta dos estímulos ambientais e/ou mudança negativa na quantidade ou no padrão dos estímulos recebidos

RESULTADOS ESPERADOS: O indivíduo deverá demonstrar a diminuição dos sintomas de sobrecarga sensorial evidenciada por verbalização de tal atenuação.

INTERVENÇÕES GERAIS

- Reduzir o excesso de ruído e de luzes.
- Compartilhar com a pessoa a origem do ruído.
- Discutir o uso do rádio com fones de ouvido para proporcionar música suave e relaxante.
- Compartilhar com o pessoal a necessidade de reduzir o ruído e proporcionar aos indivíduos o sono ininterrupto durante pelo menos 2 a 4 horas.
- Tentar reduzir os medos e as preocupações explicando o equipamento, sua finalidade e seus ruídos.
- encorajar a pessoa a compartilhar a sua percepção dos ruídos.
- Orientar quanto às três esferas (pessoal, local, temporal).
- Fornecer explicações simples para cada tarefa.
- Permitir que a pessoa participe de uma tarefa, como lavar o próprio rosto.

- Promover a movimentação no leito e fora dele.
- Evitar o isolamento da pessoa, mudar o ambiente diariamente (p. ex., movimentá-la até o corredor).
- Proporcionar ao menos quatro períodos de sono e repouso sem perturbação, durante 100 minutos em cada 24 horas.
- Usar métodos variados para estimular os sentidos (p. ex., perfume, terapia com animal de estimação, andar até a janela).
- Solicitar que a família traga objetos pessoais.
- Limitar o uso de sedação.

PROCESSO DO PENSAMENTO PERTURBADOS relacionados às mudanças fisiológicas secundárias à transtorno mental caracterizado por interpretação incorreta dos estímulos internos e/ou externos

RESULTADOS ESPERADOS: O indivíduo deverá manter a orientação da realidade e comunicar-se claramente com os outros.

INTERVENÇÕES GERAIS

- Abordar de maneira calma, fortalecedora.
- Reconhecer quando a pessoa está testando a confiabilidade dos outros.
- Evitar fazer promessas que não podem ser cumpridas.
- O contato inicial da equipe com a pessoa desconfiada deve ser mínimo e breve; aumentar o tempo à medida que a suspeição diminuir.
- Verificar a sua postura em relação ao que a pessoa está demonstrando (“Entendo que você tenha medo dos outros.”).
- Usar uma forma de comunicação que auxilie a pessoa a manter a própria individualidade (p. ex., “eu” em lugar de “nós”).

Para as alucinações:

- Observar quanto às alucinações verbais e não-verbais (riso inapropriado, resposta verbal tardia, movimentos dos olhos, movimento dos lábios sem som, atividade motora aumentada, caretas).
- Dirigir o enfoque da expressão delirante para a discussão das situações centradas na realidade.
- Encorajar a diferenciação dos estímulos provenientes de fontes internas dos de fontes externas (p. ex., em resposta a “Eu ouço vozes”,

- dizer “Eu não ouço ninguém falando agora; elas estão em seus próprios pensamentos.”).
- Evitar a impressão de que você confirma ou aprova as distorções da realidade; expressar as dúvidas com muito tato.
 - Estabelecer limites para a discussão de material delirante repetitivo (“Você já contou sobre isto; vamos falar de algo real.”).
 - Identificar as necessidades subjacentes sendo preenchidas pelo delírio/alucinação.
 - Auxiliar a vincular as crenças falsas com os níveis de ansiedade crescentes.
 - Auxiliar a comunicar-se mais efetivamente.
 - Perguntar o significado do que é dito; não presumir que entendeu.
 - Comprovar a sua interpretação do que está sendo dito (“Isto é o que você quer dizer?”).
 - Esclarecer todos os pronomes globais — nós, eles (“Quem são eles?”).
 - Redirecionar o foco quando a pessoa muda de assunto no meio de uma explicação ou pensamento.
 - Dizer à pessoa quando você não está acompanhando o curso de seu pensamento.
 - Não repetir ou reformular as palavras ou frases que você não tenha entendido.
 - Ensinar a pessoa a comprovar consensualmente com os outros.
 - Auxiliar a pessoa a estabelecer limites para o seu próprio comportamento.
 - Discutir os métodos alternativos de enfrentamento (p. ex., dar uma caminhada em lugar de chorar).
 - Confrontar a pessoa com a atitude de que a regressão não é um comportamento aceitável.
 - Auxiliar a retardar a gratificação (p. ex., “Quero que você aguarde cinco minutos antes de repetir a sua solicitação para arrumar sua cama.”).
 - Encorajar a pessoa a ter expectativas realistas.
 - Diminuir o andamento das expectativas para evitar as frustrações.
 - Encorajar e apoiar a pessoa no processo de tomada de decisão.
 - Cumprimentar a pessoa que assume maior responsabilidade.
 - Proporcionar oportunidades para que a pessoa contribua no próprio plano de tratamento.
 - Auxiliar a estabelecer futuras metas realistas; examinar os problemas para atingir a meta e sugerir várias alternativas.
 - Auxiliar a pessoa a diferenciar entre as necessidades e as exigências.
 - Explicar a diferença entre necessidade e exigência (p. ex., o alimento e o vestuário são necessidades; a expectativa que os outros o alimentem ou vistam, se a pessoa puder fazê-lo, são exigências).
 - Auxiliar a pessoa a examinar os efeitos do comportamento sobre os outros; encorajar uma mudança no comportamento, se ele evocar respostas negativas.
 - Auxiliar a pessoa a reconhecer os comportamentos que estimulam a rejeição.
 - Identificar as atividades que reduzem a ansiedade interpessoal (p. ex., os exercícios, a respiração controlada).
 - Estabelecer limites firme e cuidadosamente nos comportamentos destrutivos.
 - Permitir a expressão de emoções negativas verbalmente ou em atividades construtivas.
 - Ajudar a pessoa a aceitar a responsabilidade pelas respostas que provoca nos outros. Encorajar a discussão dos problemas de relacionamento após as visitas dos membros da família.
 - Auxiliar a pessoa a testar as novas habilidades de relacionamento em situações de representação.
 - Antecipar as dificuldades na adaptação à vida em comunidade; discutir as preocupações sobre o retorno à comunidade e investigar a reação da família à alta do indivíduo.
 - Proporcionar instrução de saúde que prepare a pessoa para lidar com os estresses da vida (métodos de relaxamento, habilidades para a solução de problemas, como negociar com os outros, como expressar os sentimentos construtivamente).
 - Manter a pessoa orientada quanto ao tempo e ao espaço.
 - Referir-se ao horário e ao local a cada manhã.
 - Proporcionar à pessoa um relógio e um calendário suficientemente grandes para serem vistos.
 - Proporcionar à pessoa oportunidades para ver a luz do dia e a escuridão pela j~ nela ou levá-la até a parte externa.
 - Destacar os feriados com cartões ou enfeites (p. ex., usar um coração vermelho no Dia dos Namorados).
 - Encorajar a família a trazer objetos conhecidos de casa (fotografias, manta).

- Discutir os eventos correntes, os acontecimentos da estação (neve, chuvas); compartilhar os seus interesses (viagens, trabalhos manuais).
- Investigar se a pessoa consegue desempenhar uma atividade com as próprias mãos (tapeçaria, entalhe em madeira).
- Proporcionar material de leitura, fitas de áudio, quebra-cabeça (manual, computador, palavras cruzadas).
- Encorajar a pessoa a manter os próprios registros, se possível (p. ex., ingesta eliminação).
- Proporcionar tarefas a serem realizadas (endereçar envelopes, terapia ocupacional).

- Evitar o aumento da dependência da pessoa, não fazendo por ela o que é capaz de fazer;
- Explorar os sentimentos da pessoa sobre a sua incapacidade e a necessidade de ajuda;
- Explorar delicadamente a incapacidade e o seu propósito.

RISCO PARA SOLIDÃO relacionados ao medo de rejeição secundário a doenças psiquiátricas (esquizofrenia, transtorno bipolar, transtornos da personalidade)

RESULTADOS ESPERADOS: O indivíduo deverá relatar uma diminuição na sensação dos sentimentos de solidão. Promover a interação social.

INTERVENÇÕES:

- Encorajar a pessoa a falar sobre os sentimentos de solidão e as razões para a sua existência;
- Mobilizar o sistema de apoio composto pelos vizinhos e amigos da pessoa;
- Discutir a importância da socialização de qualidade em lugar de um grande número de interações.
- Engajar-se no diálogo social de um para o outro; Discutir as características da conversa significativa (Durham, 1983): Iniciar interações; Ser espontâneo; Estar atento; Mostrar interesse; Dar e receber elogios; Mostrar interesse nos outros, nas atividades; Solicitar ajuda, quando necessária; Usar o contato visual aumentado; Usar o tom de voz apropriado e o comportamento não-verbal; permitir à pessoa oportunidades para observar outros indivíduos engajados em conversa significativa;
- Observar a pessoa socializando-se e discutir depois as interações;
- Elogiar.
- Identificar estratégias para expandir o mundo dos isolados: atividades de grupo que ocorrem na instituição, acompanhá-lo se necessário nas primeiras participações.

RISCO PARA VIOLÊNCIA relacionados:

- à história de atos agressivos e à percepção de ameaça no ambiente secundários a transtorno mental/à resposta tóxica ao álcool e às drogas
- à história de atos agressivos e ao pensamento delirante secundários a transtorno mental/à resposta tóxica ao álcool e às drogas

SÍNDROME DO DÉFICIT NO AUTOCUIDADO relacionados à confusão, caracterizado por: (Um Déficit Deve Estar Presente em cada Atividade)

Déficits para alimentar-se: Incapaz de cortar o alimento ou abrir as embalagens incapaz de levar o alimento à boca;

Déficits para banhar-se (inclui lavar o corpo inteiro, pentear o cabelo, escovar os dentes, cuidados com a pele e aplicação de maquiagem); Incapaz ou sem vontade de lavar o corpo ou partes dele; Incapaz de obter fornecimento de água; Incapaz de regular a temperatura e o fluxo da água; Incapacidade para perceber a necessidade de medidas de higiene

Déficits para vestir-se (inclui vestir as roupas normais ou especiais, não a roupa de dormir); Habilidade prejudicada para colocar e retirar a roupa; Incapaz de fechar a roupa; Incapaz de arrumar-se satisfatoriamente; Incapaz de apanhar ou substituir os artigos de vestuário

INTERVENÇÕES:

- Promover a auto-estima e a autodeterminação;
- Durante as atividades de autocuidado, proporcionar escolhas e solicitar as preferências;
- Avaliar a capacidade de participar em cada atividade de autocuidado;
- Encorajar a expressão dos sentimentos sobre os déficits de autocuidado;
- Encorajar a independência e a participação;
- Elogiar o envolvimento; Proporcionar auxílio nas atividades de autocuidado;
- Permanecer não-crítico;

- à história de atos agressivos e à excitação maníaca secundárias a transtorno mental/à resposta tóxica ao álcool e às drogas
- à história de atos agressivos e à incapacidade para verbalizar os sentimentos secundárias a transtorno mental/à resposta tóxica ao álcool e às drogas
- à história de atos agressivos e à sobrecarga psíquica secundárias a transtorno mental/à resposta tóxica ao álcool e às drogas

RESULTADOS ESPERADOS: O indivíduo deverá ter um número menor de respostas violentas.

INTERVENÇÕES

- Reconhecer os sentimentos dos indivíduos; ser verdadeiro e empático.
- Dizer ao indivíduo que você o auxiliará a controlar o comportamento, não permitindo que faça nada destrutivo.
- Estabelecer limites quando o indivíduo representar um risco para os outros.
- estabelecimento de limites colocando claramente para o indivíduo que seu comportamento lhe acarretará conseqüências.
- Oferecer ao indivíduo escolhas e opções.
- se necessário ceder a algumas exigências para evitar uma luta de poder.
- Encorajar o indivíduo a expressar a raiva e a hostilidade verbalmente em lugar de "exibi-la".
- Rotular o comportamento e não o indivíduo.
- Permanecer calmo; se estiver ficando zangado, deixar a situação nas mãos de outras pessoas, se possível.
- Proporcionar ao indivíduo extremamente agitado um espaço 5 vezes maior do que para o indivíduo controlado. Não tocar na pessoa, exceto se houver um relacionamento de confiança.
- Evitar o espaço físico restrito para o indivíduo ou equipe.
- Não abordar o indivíduo violento sozinho.
- Na maior parte das vezes, 3 ou 4 membros da equipe serão suficientes para garantir ao indivíduo que ele não perderá o controle,
- Quando o ataque é iminente, é essencial a ação rápida, coordenada.
- Estabelecer um ambiente que reduza a agitação.
- Diminuir o nível de ruído.
- Dar explicações curtas e concisas.
- Controlar o número de pessoas presentes ao mesmo tempo.
- Proporcionar feedback positivo quando a pessoa for capaz de conter-se.
- Não encarar os insultos pessoalmente.
- Apoiar os outros (clientes, equipe) que podem ser alvo de abuso.
- Planejar quanto à violência imprevista.
- Investigar o potencial de violência e a história anterior da pessoa.
- Garantir a disponibilidade da equipe antes do potencial para comportamento violento (nunca tentar auxiliar a pessoa sozinha, quando for necessária a contenção física).
- Determinar quem estará encarregado de dirigir o pessoal na intervenção do comportamento violento, caso ocorra.
- Assegurar a própria proteção (porta próxima para sair, travesseiro para proteger o rosto).
- Usar contenção, de acordo com a política.
- Afastar o indivíduo da situação, se o ambiente estiver contribuindo para o comportamento agressivo, usando o mínimo de controle necessário (p. ex., pedir aos outros que saiam e levar o indivíduo para um local calmo).
- Dizer, repetidamente, à pessoa o que irá acontecer antes que seja iniciado o controle externo.
- Observar o indivíduo no mínimo a cada 15 minutos
- Explicar, concisamente, o que irá acontecer e dar à pessoa uma chance de cooperar.
- Auxiliar a pessoa a usar o vaso sanitário e realizar a higiene pessoal (investigar a capacidade de deixar o isolamento; talvez seja necessário o uso de uma comadre ou urinol).
- Manter a interação verbal durante a contenção (proporcionar a informação necessária para avaliar o grau de controle da pessoa).