

INSTRUMENTOS E TÉCNICAS PARA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA.

II – INVENTÁRIO DE SITUAÇÕES PARA PESQUISA EM ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA.

*Maria Aparecida Minzoni **

MINZONI, M.A. Instrumentos e técnicas para investigação em enfermagem psiquiátrica. II – Inventário de situações para pesquisas em enfermagem psiquiátrica. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 14 (3): 299-320, 1980.

A autora apresenta situações em que necessidades dos pacientes psiquiátricos são afetadas e as atitudes possíveis a serem tomadas pelo pessoal de enfermagem para atender a essas necessidades.

O objetivo do inventário de situações é obter dados sobre o conhecimento do pessoal de enfermagem, em relação à enfermagem psiquiátrica.

Ele é aplicado em entrevista individual e o tempo gasto para sua aplicação é de, aproximadamente, três horas. Consta de um inventário de 138 situações, apresentadas em forma de pergunta, cuja resposta, exige que o entrevistado pense sobre o assunto.

Essas 138 situações foram organizadas em três grupos. O primeiro consta de 62 questões relacionadas às necessidades básicas dos pacientes. O segundo faz um levantamento dos tratamentos somáticos especializados que são ministrados aos pacientes e tem 29 questões. O terceiro consta de um inventário de comportamentos que o paciente pode apresentar, decorrentes de sua doença ou da situação hospitalar em que se encontra, com 47 situações descritas. Essas três partes não são mutuamente exclusivas e situações de uma poderiam ser colocadas em outra. O critério adotado nessa divisão em grupos foi o caráter prioritário da situação descrita. Exemplo: o paciente não se alimenta. Não se alimentar pode ser um sintoma de doença, mas está, primeiramente, ligada à sobrevivência, portanto, foi colocado no grupo de necessidades básicas.

1. APLICAÇÃO DO INVENTÁRIO DE SITUAÇÕES

As situações são descritas em fichas, cada uma em uma ficha. Estas são apresentadas ao entrevistado com a pergunta: “*O que você faz . . . ?*” e a seguir, vem a descrição da situação (modelo no ANEXO I). As respostas são registradas da maneira como o entrevistado fala, em folhas previamente preparadas para isso (ANEXO II).

* Professor Titular de Enfermagem Psiquiátrica junto ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP.

Todas as questões estão numeradas. Algumas são simples e outras indicam algumas alternativas, especificadas com letras. Por exemplo: pergunta nº 18 “*O que você faz?*”

Quando o paciente não dorme:

- A – Porque não tem sono
- B – Porque está com medo, etc.

O procedimento-padrão que consta do inventário de situações, com as atividades possíveis para cada uma delas, está descrito a seguir:

2. DEFINIÇÃO DE TERMOS

2.1 *Grupos de situações* – refere-se às 138 situações descritas e que requerem uma resposta. Essas situações foram divididas em três grupos:

- GRUPO A – questões sobre as necessidades básicas dos pacientes;
- GRUPO B – questões referentes aos tratamentos somáticos que podem ser ministrados aos pacientes;
- GRUPO C – questões ligadas aos comportamentos que o paciente pode apresentar.

3. CLASSIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS

As respostas são classificadas de acordo com um padrão. O procedimento-padrão do primeiro e segundo grupo de situações (A e B) foram elaborados, tendo-se em vista a necessidade de conhecimento do enfermeiro sobre enfermagem geral e especializada. O terceiro grupo (C) mostra as situações que exigem do pessoal de enfermagem conhecimentos especializados e da orientação médica do caso, para determinação da conduta a seguir.

A fim de possibilitar a tabulação das respostas elas são inicialmente confrontadas com o procedimento-padrão (item 4); a seguir, faz-se avaliação de acordo com os seguintes critérios:

- a) sua maior ou menor aproximação de todos os elementos existentes no procedimento-padrão;
- b) a indicação de que o entrevistado considerou as possíveis razões que levaram o paciente àquele comportamento;
- c) o vocabulário usado pelo entrevistado, considerando-se seu nível de instrução.

Após essa avaliação, cada resposta é classificada em:

- a) *Adequada completa* – se contém todos os elementos do procedimento-padrão e estes estão completamente corretos, isto é, apresentam o mesmo significado da resposta, no padrão.
- b) *Adequada incompleta* – quando esta não contém todos os elementos ou quando há erros, ainda que sejam em um único elemento.
- c) *Inadequada* – se os elementos da resposta não são os mesmos do procedimento-padrão, ou quando o significado da resposta não corresponde ao padrão.
- d) *Sem resposta* – esta classificação só é usada para os grupos de situações referentes às necessidades básicas e aos sinais e sintomas (A e C), quando o entrevistado informa nunca ter visto situação semelhante àquela que lhe é apresentada.
- e) *Não sabe* – esta classificação é usada apenas para o grupo de situações de tratamento somático (B), quando o entrevistado declara que não sabe o que fazer na situação.

3.1 *Avaliação das respostas adequadas incompletas e inadequadas*

Como o inventário de situações foi elaborado tendo em vista o paciente internado, muitas das respostas podem depender do contexto, ou seja, da estrutura física e funcional da instituição onde o paciente se encontra e onde o pessoal de enfermagem trabalha.

Assim, pensou-se em uma segunda classificação para as respostas adequadas incompletas e inadequadas, numa tentativa de se verificar a que condições estão relacionadas. Elas podem depender do *desconhecimento*, por parte do pessoal de enfermagem, dos cuidados de enfermagem de que os doentes mentais necessitam, ou das condições do hospital — *meio* — que não permitem aos funcionários outras atitudes.

Para essa reclassificação é necessário conhecimento: da instituição quanto a estrutura, regulamento e rotinas; de quanto de informação é permitida ao pessoal de enfermagem; do tipo de orientação que o pessoal de enfermagem recebe sobre as atitudes a serem tomadas com os pacientes, etc. . Sem esse tipo de conhecimento essa parte da tabulação não pode ser feita ¹.

Considerando-se que os fatores *conhecimento e meio* são interdependentes e que é muito difícil classificar-se uma atitude isoladamente, os critérios usados para essa avaliação envolvem: o procedimento-padrão; o contexto (hospital); o vocabulário do entrevistado e o uso do raciocínio nas respostas.

O vocabulário é levado em consideração devido ao uso, muito difundido, de termos de gíria que necessitam ser corretamente interpretados pelo entrevistador.

É importante levar em consideração o raciocínio do entrevistado porque as atitudes, numa determinada situação, com pacientes psiquiátricos, não podem ser rigidamente pré-determinadas. Assim, diante de uma situação apresentada, espera-se que o pessoal de enfermagem, com sua experiência de trabalho com doentes mentais, conheça algumas alternativas para as atitudes a serem tomadas. Por esse mesmo motivo, o procedimento-padrão de cada grupo de situações apresenta diferentes respostas, igualmente aceitáveis para uma mesma situação.

Dessa forma, as respostas inadequadas e adequadas incompletas, ainda são classificadas como dependentes:

- a) *do meio* — quando a atitude tomada depende estritamente das condições do hospital e é, praticamente, impossível ao pessoal de enfermagem modificar esse comportamento, ou alterar uma norma ou rotina;
- b) *do conhecimento* — quando a atitude tomada depende de uma decisão própria da pessoa entrevistada e as condições do hospital não interferem nessa situação;
- c) *do conhecimento e do meio* — quando a atitude depende dos dois fatores; tanto o contexto interfere, quanto este é aceito como o melhor, pelo pessoal de enfermagem, por falta de conhecimento de enfermagem psiquiátrica.

Cada tipo de resposta recebeu um código para anotação, em folha própria, segundo as classificações feitas.

São os seguintes:

(1) Se o inventário de situações for usado apenas para testar o conhecimento do pessoal de enfermagem, independentemente da situação de internação, esta parte da tabulação não precisa ser feita.

Código de classificação das respostas

<i>A</i>	= <i>adequada completa</i>	<i>NS</i>	= <i>não sabe</i>
<i>Ai</i>	= <i>adequada incompleta</i>	<i>C</i>	= <i>conhecimento</i>
<i>I</i>	= <i>inadequada</i>	<i>M</i>	= <i>meio</i>
<i>SR</i>	= <i>sem resposta</i>	<i>CM</i>	= <i>conhecimento e meio</i>

4. PROCEDIMENTO -- PADRÃO PARA O INVENTÁRIO DE SITUAÇÕES *

As situações aparecem em três grupos: A - necessidades básicas; B - tratamentos somáticos e C - sinais e sintomas.

Primeiramente, encontra-se a descrição da situação seguida de um número e a seguir as *atitudes possíveis* a serem tomadas, precedidas pelas letras A.P.. A descrição das atitudes possíveis é resumida, pois, contém apenas os elementos essenciais.

Uma descrição mais ampla dessas atitudes, relacionadas ao grupo C de situações, inclusive com explicações de possíveis causas, encontra-se no livro "*Assistência ao doente mental*" (MINZONI, 1977).

É importante esclarecer que não se pretendeu esgotar o assunto. Muitas outras situações podem ser acrescentadas, como algumas podem ser excluídas por estarem ultrapassadas.

GRUPO A – NECESSIDADES BÁSICAS

1. Paciente menstruada e quer trocar de roupa.

A.P. Dar roupas apropriadas para a paciente várias vezes ao dia, para que ela as troque e tome banho. Se a paciente não tem condições de entender sua necessidade de banho, estimulá-la e ajudá-la.

2. Paciente muito sujo.

A.P. Trocar sua roupa sempre que necessário. Se o paciente se suja muito durante o dia, providenciar o banho e a troca de roupa à tarde ou à noite, antes de se deitar. Registrar no relatório de enfermagem.

3. Roupa do paciente muito desarrumada ou rasgada.

A.P. Pedir à rouparia do hospital para consertar e solicitar à família do paciente mais roupa. Trocar o paciente sempre que necessário. Registrar no relatório de enfermagem.

4. Paciente sempre urina na cama.

A.P. Forrar o colchão com plástico, para não estragar. Trocar a roupa da cama todos os dias. Registrar no relatório de enfermagem.

5. Paciente sempre urina e evacua na roupa.

A.P. Trocar todas as vezes que ele estiver sujo. Levar o paciente ao banheiro várias vezes ao dia. Registrar no relatório de enfermagem.

* Todas as atitudes descritas para as situações apresentadas, nesse inventário, foram elaboradas para uma população de atendentes que trabalhava em hospitais psiquiátricos que não contavam com enfermeiros ou auxiliares de enfermagem, no serviço. Por esse motivo, alguns comportamentos indicados podem parecer estranhos ou inadequados. Não esquecer que esse é, apenas, um modelo do que pode ser feito, em pesquisa.

6. *Paciente não encontra o banheiro.*

A.P. Perguntar-lhe o que procura e ajudá-lo a encontrar o banheiro. Se isto se repete, conduzir o paciente ao banheiro várias vezes ao dia. Não se zangar com o paciente. Registrar o fato no relatório de enfermagem.

7. *Paciente não quer comer.*

a) *Porque está triste.*

A.P. Procurar mostrar como a alimentação lhe faz falta. Arrumar um prato com pouca comida e boa aparência. Proporcionar-lhe meios para fazer exercícios durante o dia. Só passar sonda com ordem médica, e se o paciente se recusar a comer durante alguns poucos dias. Registrar o fato no relatório de enfermagem.

b) *Porque não tem fome.*

A.P. Proporcionar-lhe atividades que exigem gasto de energia, como: jogos de bola, caminhadas, exercícios físicos (ginástica). Essas atividades devem ser executadas antes das refeições. Registrar o fato no relatório de enfermagem.

c) *Porque acha que a comida está envenenada.*

A.P. Experimentar a comida mostrando que não tem veneno. Mostrar como os outros pacientes se alimentam e não acontece nada. Se este comportamento persistir, alimentar o paciente por sonda e com ordem médica. Registrar o fato no relatório de enfermagem.

d) *Porque está sonolento.*

A.P. Ajudá-lo a sentar-se e a lavar o rosto para despertar um pouco. Preparar uma comida pastosa, fácil de mastigar e de engolir. Ajudá-lo a se alimentar e, se necessário, dar-lhe o alimento na boca. Registrar no relatório de enfermagem.

e) *Porque tem dificuldade de mastigar.*

A.P. Preparar uma comida pastosa ou líquida conforme a intensidade da dificuldade. Dar-lhe o alimento na boca, se necessário. Se o paciente só consegue comer muito pouco cada vez que lhe é servida a alimentação, distribuir essa alimentação em vários horários com intervalos de menor duração. Não apressar o paciente enquanto ele come. Registrar o fato e a intensidade da dificuldade, no relatório de enfermagem.

f) *Porque está “impregnado”.*

A.P. Preparar alimentos pastosos ou líquidos; distribuir as refeições em horários mais curtos; dar-lhe pequenas porções mais vezes ao dia; ajudá-lo a se alimentar, se necessário; não apressá-lo. Registrar no relatório de enfermagem.

g) *Porque quer morrer.*

A.P. Conversar com ele e procurar conhecer suas razões para querer morrer; preparar alimentos fáceis de serem ingeridos; se o paciente persistir alguns poucos dias nessa idéia, alimentá-lo por sonda, com ordem médica. Registrar no relatório de enfermagem.

h) *Porque quer ir para casa.*

A.P. Explicar ao paciente que essa não é a forma mais adequada dele mostrar que está são e que pode ir para casa; ao contrário, essa atitude pode mostrar que ele não está bem; não enganá-lo dizendo que ele vai sair. Registrar o fato no relatório de enfermagem.

i) Porque não gosta da comida.

A.P. Se o hospital tem possibilidades de melhorar a comida, satisfazê-lo; se não tem; mostrar-lhe que esta situação é temporária e que ele deve fazer um esforço para se alimentar; suplementar sua alimentação com coisas que vêm de casa, conforme a permissão do hospital.

j) porque pertence a uma raça que usa outro tipo de alimentação ou não aceita algum alimento por motivos religiosos.

A.P. Dentro das possibilidades do hospital, oferecer ao paciente alimentos de que ele goste e que não contrariem seus hábitos raciais, ou religiosos; não forçá-lo a contrariar seus hábitos. Registrar no relatório de enfermagem.

8. *Paciente come com as mãos.*

A.P. A atitude depende do estado do paciente: se essa atitude indica um hábito racial, deixar assim mesmo; se isto ocorre porque ele não tem condições mentais, mas pode ser orientado, separá-lo temporariamente dos outros; sentar-se perto dele e ensiná-lo a usar os talheres; dizer-lhe que quando estiver comendo com talher, sentar-se-á junto aos outros pacientes. Registrar no relatório de enfermagem.

9. *Paciente pede para usar garfo e faca.*

A.P. Se seu estado permitir, deve ser-lhe concedido esse direito; não obrigar um paciente a comer com colher se está habituado a usar garfo e pode usá-lo.

10. *Paciente pede para você experimentar sua comida.*

A.P. Experimentá-la, se nesse pedido há uma suspeita de envenenamento; se o pedido é apenas uma forma do paciente ser gentil com a enfermeira, recusar com cuidado para não ofendê-lo e agradecer-lhe a atenção.

11. *Paciente joga o prato e a caneca no chão.*

A.P. Se essa atitude é o resultado de um momento de desespero, conversar com o paciente; saber das razões de sua atitude; providenciar outros meios para que ele descarregue sua agressividade e elimine, se possível, as causas que determinaram essa ação; se o paciente é habitualmente agressivo e faz isso sempre, separá-lo temporariamente dos outros, durante as refeições, até que seu estado melhore. Registrar o fato no relatório de enfermagem.

12. *Paciente derrama toda a comida.*

A.P. Se tem alguma dificuldade física, ajudá-lo a se alimentar e até dar comida na boca, se necessário. Se a dificuldade é mental, também ajudar o paciente durante a alimentação; se é uma atitude de agressão, e o paciente jogar a comida, agir como na questão 11. Registrar o fato no relatório de enfermagem.

13. *Paciente mastiga e devolve a comida no prato.*

A.P. Procurar conhecer as razões dessa atitude e eliminá-las ou diminuí-las, se possível; se isto indicar um mau hábito, orientar o paciente para se corrigir; se indicar um estado de doença, orientá-lo conforme prescrição médica. Registrar no relatório de enfermagem.

14. *Paciente não consegue comer sozinho.*

A.P. Ajudá-lo a se alimentar e se suas dificuldades são muito grandes, dar-lhe o alimento na boca, até que melhore seu estado. Registrar no relatório de enfermagem.

15. *Paciente não quer tomar banho.*

a) Porque não gosta de banho.

A.P. Contar-lhe os benefícios do banho; incentivá-lo a se banhar e elogiá-lo sempre que se apresentar limpo; se o paciente não aceitar o banho, tentar convencê-lo; se necessário, usar de energia, mas não usar de força. Registrar no relatório de enfermagem.

b) Porque a água é fria.

A.P. Arrumar água quente ou morna (seja no chuveiro, seja esquentando água no fogão); avisar a administração do hospital que estão necessitando de água quente.

c) Porque tem medo do chuveiro.

A.P. Procurar conhecer a razão de seu medo e eliminar a causa do medo, se for muito objetiva; mostrar que o chuveiro não é perigoso; se o paciente continuar com medo, permitir o banho de bacia ou de banheira. Registrar no relatório de enfermagem.

d) Porque está muito doente mentalmente.

A.P. Tentar convencê-lo, dizendo que agora ele vai tomar banho e que o enfermeiro o acompanhará; se resistir persistentemente ao banho e está assim há dias, é necessário segurá-lo e dar-lhe o banho. Registrar no relatório de enfermagem.

e) Porque está doente fisicamente.

A.P. Se a doença impedir, ou dificultar suas atividades, dar-lhe o banho. Se é medo de ficar doente, dizer-lhe que o banho é um meio de manter a saúde.

16. *Paciente não cuida de si mesmo.*

a) Não penteia os cabelos.

A.P. Verificar a razão de não se pentear; se for falta de pente, providenciar com a família ou com a direção do hospital; elogiar o paciente sempre que estiver penteado; se não se cuidar por estar doente, agir por ele, ou lembrar-lhe que se penteie.

b) Não corta as unhas ou não cuida de suas unhas.

A.P. Ensiná-lo a cortar e a lixar as unhas; se o paciente não conseguir fazer sozinho, agir por ele até que melhore; se é uma paciente que gosta de manter as unhas compridas, permitir e ensiná-la a cuidar de suas unhas; elogiar sempre que o paciente apresentar as unhas cuidadas.

c) Não calça sapatos ou chinelos.

A.P. Verificar as razões desse procedimento do paciente; providenciar um calçado, se o paciente não o tem, ou se o seu calçado está muito velho, ou machucando; se o paciente anda descalço por hábito, ensiná-lo a andar calçado, se isto for importante em sua vida cotidiana normal; se não usar calçado devido ao seu estado de doença, deixá-lo assim até passar a fase aguda da doença.

d) Rasga a roupa.

A.P. Não deixar sem roupa; trocar sempre que estiver rasgada, ou com partes do

corpo expostas; se o paciente rasgar todas as roupas, consertá-las procurar cobri-lo e mostrar-lhe que fica melhor vestido; ter paciência até passar este estado agudo de doença.

e) Suja a roupa no chão.

- A.P. Não deixar sem roupa; trocá-las todas as tardes, ou antes do paciente dormir; se o paciente tem condições de entender, explicar-lhe como essa atitude não o ajuda em seu tratamento e na recuperação da saúde; se é sempre assim, e seu estado muito grave, ter paciência, tranqüilidade e trocar a roupa todos os dias, ou mais vezes, se necessário.

Nota: Todas as situações do item 16 devem ser registradas no relatório de enfermagem, sendo anotado como o paciente cuida de si, ou deixa de fazê-lo.

17. Paciente quer tomar banho mais vezes do que o previsto durante a semana.

- A.P. Permitir, se o banho é visto como um hábito higiênico; se for um traço obsessivo e os banhos forem muitos durante o dia, estabelecer um número limite e não deixá-lo tomar mais do que o estabelecido. Registrar o fato no relatório de enfermagem.

18. Paciente não dorme à noite.

a) Porque não tem sono.

Conversar com o paciente. Deixar que ele fique sentado na sala de estar lendo, ou ouvindo música. Deixá-lo no quarto, se for só para ele. Registrar o fato e observar se ele se repete noites consecutivas.

b) Porque está muito ativo.

- A.P. Verificar se há medicação prescrita; se a atividade for intensa, comunicar ao médico imediatamente; não deixar o paciente com os outros, para não perturbá-los; não se angustiar, ou se zangar com o paciente; não permitir que ele vá perturbar os pacientes que estão dormindo. Registrar no relatório de enfermagem.

c) Porque está com medo.

- A.P. Conversar com o paciente sobre seu medo: indagar se tem medo sempre e do que tem medo; permanecer ao seu lado durante algum tempo, se necessário; deixar acesa a lâmpada do quarto ou alguma outra nas proximidades. Registrar no relatório de enfermagem.

d) Porque está muito ansioso ou aflito.

- A.P. Sentar perto dele, conversar sobre o que ele quiser; deixar que saia do quarto e fique na sala de estar; verificar se há alguma medicação prescrita; procurar saber a causa de sua ansiedade; se esta for muito intensa, comunicar imediatamente ao médico. Registrar no relatório de enfermagem.

19. Paciente quer se deitar durante o dia.

- A.P. Permitir a todos os pacientes um período de repouso durante o dia; verificar o que o paciente está sentindo; se está apresentando alguma reação à medicação, ou se está com qualquer mal-estar; permitir que se deite e tomar as providências necessárias; se o paciente quer se deitar para ficar sozinho, longe dos outros, e isto significa reforçar seu isolamento, não permitir e procurar uma atividade para ele. Registrar no relatório de enfermagem.

20. *Paciente se queixa (durante o dia e à noite) de:*

a) *dor de cabeça.*

A.P. Verificar as características da dor; verificar os sinais vitais e se ele fez algum tratamento que pode ter ocasionado a dor; se houver uma prescrição, dar o medicamento; se não, comunicar ao médico e registrar no relatório de enfermagem.

b) *diarréia.*

A.P. Verificar a veracidade da queixa, observando suas fezes: quantas vezes evacua nas 24 horas e as características das fezes; comunicar ao médico e registrar no relatório de enfermagem.

c) *prisão de ventre.*

A.P. Verificar a veracidade da queixa, observando a periodicidade e a falta de evacuação; perguntar-lhe se isto lhe acontece frequentemente e a partir de quando isto começou; comunicar ao médico e registrar a queixa no relatório de enfermagem.

d) *qualquer mal-estar físico.*

A.P. Verificar os sinais vitais (T.P.R. e P.A.); ouvir cuidadosamente a queixa do paciente; procurar verificar a veracidade da queixa, observando rigorosamente o paciente; comunicar ao médico e registrar no relatório de enfermagem.

21. *Ocorre um acidente.*

a) *Fratura*

A.P. Verificar, pela posição, se não houve problemas com a coluna e a cabeça; imobilizar o local fraturado e colocar o paciente em posição mais confortável, se não houver problema de coluna, ou de cabeça; chamar o médico imediatamente e registrar o fato no relatório de enfermagem.

b) *Luxação*

A.P. Imobilizar o local da luxação e comunicar ao médico imediatamente; depois de atendido o paciente, registrar no relatório de enfermagem.

c) *Queimadura*

A.P. Se for leve, passar uma pomada para queimaduras; se for mais profunda, ou maior em extensão, chamar o médico imediatamente; atender o paciente primeiro e depois registrar o fato no relatório de enfermagem.

d) *Ferimentos*

A.P. Se o ferimento for superficial, ou pequeno, fazer um curativo simples; se o ferimento for profundo, ou extenso, chamar o médico imediatamente; se houver hemorragia, ou estancá-la primeiro e depois chamar o médico, ou mandar alguém chamá-lo, enquanto estanca a hemorragia; atender o paciente e depois registrar o fato no relatório de enfermagem.

22. *Paciente não tem pijama ou camisola.*

A.P. Comunicar à direção do hospital, que irá providenciar junto à família do paciente; enquanto a roupa de dormir não é recebida, usar a da instituição, se houver; se não há como arrumar essa roupa, pedir ao paciente que tire seu vestido, ou sua calça e camisa, para dormir.

23. *Paciente não tem escova de dentes, pasta e sabonete.*

A.P. Comunicar à administração e pedir à família do paciente para trazê-los. Usar o

material do hospital, enquanto não vem o do paciente; se o hospital não os tiver, usar outros recursos para escovar os dentes, tais como: limpar os dentes com gase ou algodão.

24. *Paciente não escova os dentes.*

A.P. Lembrá-lo todas as manhãs; se de tudo ele não o fizer, preparar sua escova, levá-lo ao banheiro e ajudá-lo nessa higiene.

25. *Paciente não troca a roupa para dormir.*

A.P. Dizer-lhe que deve trocar de roupa antes de se deitar; se o paciente não tem condições de fazer isso sozinho, ajudá-lo ou agir por ele.

26. *Paciente não tem roupa para trocar.*

A.P. Comunicar à direção do hospital que irá providenciar mais roupa junto à família; enquanto não chegar sua roupa, utilizar algumas da instituição; se a instituição também não as tem, deixar o paciente no quarto, ou com lençól, até que sua roupa seja lavada e pedir à rouparia que o faça o mais rápido possível.

27. *Paciente não tem roupa de dormir suficiente para fazer troca.*

A.P. Avisar à direção do hospital, para providenciar mais, junto à família do paciente; enquanto não vier sua roupa, usar a da instituição, até que a sua seja lavada; se a instituição não as tem, dormir sem roupa, até que a sua seja lavada.

28. *É hora dos pacientes se deitarem.*

A.P. Avisar os que ainda estão de pé de que está na hora de irem para os quartos; ajudar os pacientes que não podem se locomover sozinhos e os que estão desorientados; verificar se todos se deitaram, se estão bem e se desejam alguma coisa.

29. *É hora de apagar as luzes.*

A.P. Observar os pacientes de quarto em quarto, e verificar se estão bem, avisando que está na hora de apagar a luz.

30. *Paciente não quer apagar as luzes.*

A.P. Verificar a razão; se for medo ou ansiedade, proceder como na questão 18 C e D; se o paciente pedir para terminar sua oração, ou ler a página de um livro, permitir.

31. *Paciente não quer se deitar.*

A.P. Verificar as razões e tentar eliminá-las, se possível; conversar com o paciente ou permitir que ele fique mais um pouco na sala. Registrar no relatório de enfermagem.

32. *Paciente pede para fazer um serviço.*

A.P. Verificar o que ele gostaria de fazer e porque; se ele desejar apenas ter uma atividade, providenciar uma ocupação, de acordo com suas habilidades e seu estado mental.

33. *Paciente se recusa a fazer um serviço que você lhe pede.*

A.P. Não forçá-lo e não se zangar com ele; verificar se há piora em seu estado mental e

comunicar ao médico; conversando amigavelmente, procurar saber o que está se passando.

34. *Paciente diz que gostaria de ter alguma coisa para passar o tempo, como: revista, bordado, jogos, serviços caseiros.*
- A.P. Providenciar, de acordo com as possibilidades do hospital e do próprio paciente; pedir à família que traga revistas, jogos ou rádio, conforme o estado do paciente.
35. *Paciente fuma mais do que a cota que lhe é destinada.*
- A.P. Se essa cota é um regulamento do hospital, dizer-lhe a quanto de cigarro ele tem direito e que terminada essa cota, ele não terá mais cigarros; se o paciente não estiver bem e fuma um cigarro atrás do outro, dar-lhe os cigarros em pequenas quantidades, distribuídos durante o dia.
36. *Paciente fuma e não tem dinheiro para comprar cigarros.*
- A.P. Avisar a administração do hospital para providenciar junto à família do paciente; se a família não providenciar e o hospital também não, contar ao paciente que não há possibilidade de conseguir-lhe cigarros.

GRUPO B – TRATAMENTO SOMÁTICO

37. *Paciente submetido a eletrochoque.*
- a) *Antes da aplicação em relação ao ambiente e ao paciente.*
- A.P. Quando for a primeira vez, verificar se os exames complementares estão em ordem e se há prescrição médica.
- Ambiente:* preparar colchão duro ou maca, local isolado, fora das vistas de outros pacientes; preparar a bandeja com seringas, agulhas, medicação de emergência, rolo de proteção para a boca, álcool ou benzina, algodão, solução salina ou geléia eletrolítica; providenciar oxigênio e aspirador.
- Paciente:* verificar os sinais vitais (T.P.R. e P.A.), ou pelo menos a temperatura. Levantar o paciente para urinar. Manter as roupas folgadas fazendo o paciente usar, de preferência, camisola ou pijama. Retirar as peças móveis: grampos, jóias, dentadura, pontes móveis etc.. Paciente deve estar em jejum ou não deve ter se alimentado durante as três horas que precedem ao tratamento.
- b) *Durante a aplicação.*
- A.P. Deitar o paciente em decúbito dorsal, em colchão duro ou maca, sem travesseiros. Limpar as têmporas do paciente com álcool ou benzina e passar solução salina. Segurar as grandes articulações: joelhos, coxo-femural, ombros, cotovelo, punhos, queixo, pescoço. Colocar o rolo de proteção na boca e o médico fará a aplicação do eletrochoque.
- c) *Depois da aplicação, em relação ao paciente.*
- A.P. Verificar pulso e respiração. Colocar o paciente em decúbito lateral e apoiar as costas com travesseiro. Se for o caso, transportar o paciente para a enfermaria ou quarto. Se demorar para respirar, proceder a respiração artificial. Observar o paciente, até que ele esteja em condições de se levantar. Só quando ele se tornar muito agitado, é que deverá ser mantido no leito com faixas de restrição. Ajudar o paciente a se levantar, vestir a roupa, fazer sua higiene e tomar café. Observar o paciente durante todo o dia. Fazer as anotações no relatório de enfermagem ou em folha própria.

38. *Paciente submetido a insulino-terapia.*

a) *Antes da aplicação, em relação ao ambiente e ao paciente.*

A.P. Se for a primeira aplicação verificar, antes se os exames complementares estão em ordem. Explicar ao paciente o tipo de tratamento que irá ser feito e como vai se sentir durante o tratamento. Verificar todos os dias a prescrição médica: dose de insulina em unidades, tipo de insulina e via.

Ambiente: forrar o colchão com plástico; quarto na penumbra e sem barulho; deixar preparados seringas, agulhas, glicose, medicação de emergência, solução açucarada (com água ou suco), sonda gástrica, algodão, álcool e garrote; toalhas para enxugar o paciente; faixas de restrição para mantê-lo na cama, se necessário.

Paciente: deixar o paciente deitado com pijama ou camisola, retirar peças móveis e verificar os sinais vitais. Paciente em jejum.

b) *Durante a aplicação da insulina.*

A.P. Preparar a insulina de acordo com a prescrição médica, verificando rigorosamente o número de unidades. Explicar ao paciente que ele vai tomar uma injeção e que deverá ficar deitado até passar o efeito da mesma. Aplicar no paciente, por via intra-muscular profunda, de preferência na região glútea.

c) *Depois da aplicação.*

A.P. Observar todas as reações do paciente e anotar. Verificar os sinais vitais de 30 em 30 minutos, até aparecerem os sinais de pré-coma, quando, então, passará a verificar os sinais vitais de 15 em 15 minutos. Enxugar várias vezes o rosto do paciente. Só restringir o paciente quando houver perigo de cair da cama por estar muito agitado. Esperar e observar as reações durante 3 horas, a partir da hora em que a insulina foi aplicada. Após as 3 horas, se o paciente não tiver entrado em coma e puder engulir bem, fazê-lo ingerir 250 a 300 ml de uma solução saturada de açúcar. Se o paciente não conseguir engulir, aplicar-lhe glicose por via endovenosa. Quando o paciente entrar em coma antes que se passem as 3 horas após a aplicação da insulina, deixá-lo neste estado durante o número de minutos indicados pelo médico e em seguida aplicar-lhe glicose por via endovenosa. Após a aplicação da glicose, esperar o paciente conseguir sentar-se na cama e dar, então, uma solução saturada de açúcar por via oral. Assim que o paciente estiver melhor, falando, sentando sozinho e conseguindo ficar de pé, ajudá-lo a ir ao banheiro para tomar banho e trocar de roupa. Depois, levá-lo para o refeitório para tomar o café da manhã. Após o café, fazer as anotações do relatório de enfermagem. Observar o paciente durante o decorrer do dia.

39. *Paciente submetido a sonoterapia.*

a) *Preparo do ambiente.*

A.P. Quarto na penumbra, cama protegida com grades ou bem próxima do chão. Não deixar a mesa de cabeceira perto da cama.

b) *Preparo do paciente.*

A.P. Verificar se os resultados dos exames complementares estão dentro dos limites de normalidade. Verificar se o paciente não apresenta feridas, pruridos, furúnculos, ferimentos, etc. . Pesá-lo antes do início do tratamento. Verificar os sinais vitais (T.P.R., P.A.). Vestí-lo com pijama ou camisola. Explicar-lhe que tratamento vai fazer, quanto tempo durará e o que poderá sentir.

c) *Administração do medicamento hipnótico.*

A.P. Verificar a prescrição médica. Em geral, a medicação é distribuída 3 a 4 vezes ao dia. Dar a primeira dose logo que o paciente se deitar. Controlar as outras doses

para serem dadas nos intervalos, quando o paciente acordar. Evitar acordá-lo para dar a medicação.

d) Higiene do paciente.

A.P. Fazer a higiene completa uma vez ao dia, quando o paciente acordar. Higiene da boca, ou higiene íntima, será feita mais vezes durante o dia, se necessário, quando ele acordar. Não acordar o paciente para a higiene.

e) Alimentação do paciente.

A.P. Dar alimentação 3 a 4 vezes ao dia, quando o paciente acordar. Alimentação pastosa ou líquida, mas nutritiva; leite, gemada, muita verdura misturada nos alimentos, frutas. Não acordar o paciente para tomar alimentação só porque é hora do café ou almoço.

f) Cuidados especiais com o paciente.

A.P. Observar o paciente cuidadosamente, todos os dias: T.P.R., P.A., peso, funcionamento intestinal, aparecimento de dores, feridas, furúnculos ou qualquer mal-estar. Conversar com ele todos os dias. Não deixá-lo permanentemente sozinho. Anotar todas as reações do paciente, seus horários de dormir e de acordar.

40. Paciente submetido a tratamento por drogas psicotrópicas em altas doses (impregnção).

a) Preparo do paciente.

A.P. Verificar se os resultado dos exames complementares estão dentro do limite de normalidade e se o paciente apresenta ferimento prurido ou furúnculo. Verificar os sinais vitais (T.P.R., P.A.) e peso. Explicar que tratamento ele vai fazer e o que poderá sentir (de acordo com a orientação do médico).

b) Administração de medicamentos.

A.P. Administrar os medicamentos de acordo com a prescrição, na dose certa e nas horas certas. No decorrer do tratamento, se o paciente apresentar dificuldade em deglutir, dar os medicamentos dissolvidos em água ou leite, de preferência em leite.

c) Higiene do paciente.

A.P. A higiene deve ser feita diariamente. Quando o paciente começar a ter dificuldade de movimentação, ajudá-lo e até mesmo agir por ele.

d) Alimentação do paciente.

A.P. Alimentá-lo nos horários regulares. Quando o paciente apresentar dificuldades em deglutir, dar alimentação pastosa ou líquida, mas nutritiva. Se necessário, dar alimentação na boca, em pequenas porções e várias vezes ao dia.

e) Cuidados especiais com o paciente.

A.P. Verificar, diariamente, os sinais vitais (T.P.R. e P.A.) e pesar o paciente. Lubrificar sua pele e instilar soro fisiológico nos olhos e nariz, se estiverem secos. Dar água com frequência. Se o paciente se apresenta muito inquieto, com muita dificuldade de movimentação, mastigação ou deglutição, avisar o médico. Observar o funcionamento intestinal. Conversar com o paciente e orientá-lo para que aceite o tratamento. Fazer anotações minuciosas do estado do paciente.

41. Paciente se apresenta suando, sonolento e com tontura durante o dia.

A.P. Averiguar que tratamento está fazendo. Verificar os sinais vitais. Se for uma

reação da insulino terapia, dar solução saturada de açúcar. Se for reação dos medicamentos que toma, ou se for decorrente de outra causa, qualquer outra coisa, avisar o médico imediatamente. Deitar o paciente e observar se suas reações continuam, após ter sido cuidado. Fazer anotações no relatório de enfermagem.

42. *Paciente em sonoterapia não acorda para tomar o medicamento.*

A.P. Não acordar o paciente porque ele mesmo acordará 3 a 4 vezes ao dia. Se isto não acontecer, dissolver os medicamentos, acordar o paciente e dar-lhe na boca. Se o paciente passar mais de dois dias sem acordar, avisar o médico. Registrar no relatório de enfermagem.

43. *Paciente em sonoterapia não acorda para tomar alimentação.*

A.P. Proceder como na questão 42. Se de tudo o paciente não acordar, preparar alimentos líquidos e dar juntamente com os medicamentos. Se houver prescrição médica, dar alimentação por sonda. Registrar no relatório de enfermagem.

44. *Paciente em sonoterapia não dorme.*

A.P. Conversar com ele, verificar se o ambiente está interferindo. Avisar o médico e registrar o fato no relatório de enfermagem.

45. *Paciente "impregnado" não consegue se alimentar.*

A.P. Providenciar alimentação líquida dar ao paciente várias vezes durante o dia, de 2 em 2 horas por exemplo. Se for muito intensa sua dificuldade, avisar o médico. Registrar no relatório de enfermagem.

46. *Paciente "impregnado" não consegue ficar parado.*

A.P. Deixar o paciente andar, movimentar-se, deitar-se e levantar-se quantas vezes quiser. Se isto se tornar muito intenso, avisar o médico. Registrar todas as reações do paciente.

47. *Paciente "impregnado" baba e fica trêmulo.*

A.P. Ajudar o paciente na realização de suas necessidades básicas. Cuidar dele para que não fique molhado. Se esta reação for muito intensa, avisar o médico. Registrar no relatório de enfermagem.

48. *Paciente "impregnado" queixa-se de sede e de pele seca.*

A.P. Dar água com frequência e umedecer seus lábios muitas vezes durante o dia. Lubrificar a pele com vaselina ou creme.

49. *Paciente "impregnado" não consegue tomar banho.*

A.P. Dar o banho no paciente, fazer toda sua higiene e trocar sua roupa. Se suas dificuldades forem muito intensas, avisar o médico. Registrar no relatório de enfermagem.

50. *Paciente "impregnado" queixa-se de mal-estar.*

A.P. Observar se sua queixa é real. De qualquer forma, anotar e avisar o médico. Verificar a intensidade dessas queixas.

51. *Paciente que toma medicamentos sente-se sonolento.*

A.P. Observar os sinais vitais, deixar o paciente deitar-se durante o dia. Registrar o fato e avisar o médico.

52. *Paciente que toma medicamentos queixa-se de mal-estar.*

A.P. Observar qual sua queixa e a intensidade da mesma. Verificar sinais vitais e outros sinais como: vômito, diarreia, palidez, rubor, prurido, vermelhidão, etc., Avisar o médico. Registrar todas as reações e queixas do paciente no relatório de enfermagem.

GRUPO C – SINAIS E SINTOMAS

53. *Paciente tenta suicídio.*

A.P. Dar cuidados de emergência, atendendo-o em relação ao aspecto físico imediato. Comunicar o fato ao médico imediatamente, através de uma terceira pessoa. Isolar o paciente dos outros, para prevenir pânico e evitar que a situação crie angústia entre as outras pessoas. Registrar na papeleta do doente e no livro de ocorrências.

54. *Paciente ameaça suicidar-se.*

A.P. Manter vigilância discreta, mas constante, a fim de observar seu comportamento e o uso que está fazendo. Não comentar com o paciente a ameaça feita. Informar os outros membros da equipe, para que fiquem alerta. Comunicar ao médico o que o paciente disse e como. Registrar o fato no relatório de enfermagem e no livro de ocorrências.

55. *Paciente fala, com frequência em morrer.*

A.P. Não discutir o assunto com ele nem contrariar suas idéias. Permitir manifestações de agressividade. Observar seu comportamento e manter vigilância discreta pois ele poderá tentar suicídio. Comunicar ao médico e registrar o fato.

56. *Paciente diz que vai agredir determinado paciente.*

A.P. Ouvir o que o agressor em potencial tem a dizer. Não se mostrar assustado nem com medo. Verificar a causa e comunicar ao médico. Se não há como resolver a situação, separar os dois pacientes. Registrar a ocorrência.

57. *Paciente promete agredir determinado “enfermeiro”.*

A.P. Não tomar partido do doente, nem do funcionário. Tentar estabelecer relação amigável com o paciente; procurar saber os motivos que o levaram a tomar essa atitude e ajudá-lo na mudança de atitude. Registrar a queixa do paciente e comunicá-la ao médico. A pessoa responsável será avisada como atitude terapêutica. Não levar a notícia diretamente ao “enfermeiro” visado.

58. *Paciente promete agredir “você”, o “enfermeiro” que está de plantão ou cuidando dele no momento.*

A.P. Não revidar a ameaça com uma promessa de agressão. Ser cordial com ele e procurar saber a razão dessa atitude. Sem demonstrar ressentimento, conversar abertamente com ele sobre seus desejos e intenções. Permitir-lhe descarga de sua agressividade. Comunicar o fato ao médico, ou chefe da equipe, para receber orientação e registrá-lo na papeleta. Saber como se defender no caso de agressão.

59. *Paciente fala e promete agredir o médico.*

A.P. Discutir francamente com ele sobre seus desejos e intenções. Não tomar partido nem do médico nem do paciente. Registrar a queixa do paciente e pedir-lhe que as manifeste diretamente ao médico.

60. *Enfermeiro sente-se irritado com determinado paciente.*
A.P. Procurar entender a que está ligada essa irritação. O funcionário deverá estar acostumado a compreender que quando ele se irrita com um paciente, é porque este desperta nele alguma dificuldade. Procurar estabelecer relação cordial com ele. Procurar o médico, ou o responsável pela equipe, e comunicar o fato. Se a irritação persistir, o funcionário poderá ser substituído por outro no cuidado do paciente.
61. *Enfermeiro sente antipatia por um paciente.*
A.P. O funcionário deve compreender que aspectos inconscientes de sua personalidade não permitem que ele aceite o paciente. Registrar o comportamento e mostrar ao médico como tem sentido antipatia pelo paciente. Se a antipatia persistir o funcionário poderá ser substituído por outro no cuidado do paciente.
62. *Paciente desobedece o “enfermeiro”.*
A.P. Dependendo da desobediência, deixar passar. Se a atitude persistir, comunicar ao médico. O funcionário deverá entender que o problema pode ser dele e não do paciente. Esta é uma forma de comunicação que o paciente está usando para dizer que não pode aceitar o que está sendo exigido dele. Registrar as desobediências.
63. *Paciente tenta bater no “enfermeiro”.*
A.P. O funcionário deve defender-se sem bater e sem revidar a agressão. Conter o paciente, se necessário, por meios físicos, químicos e psicológicos. Registrar o fato.
64. *“Enfermeiro” tem medo do paciente.*
A.P. Procurar compreender porque o comportamento desse paciente causa medo. Nunca demonstrar que sente medo. Avaliar a objetividade ou não do medo, conversando com o médico e discutindo com os outros elementos da equipe.
65. *Paciente “responde” para o “enfermeiro”.*
A.P. Ouvir e procurar entender a razão desse comportamento. Deixar o paciente se expressar, permitindo a manifestação de seu comportamento agressivo, em nível verbal. Registrar os fatos.
66. *Paciente tenta pegar alguma coisa que o “enfermeiro” não quer que ele pegue.*
A.P. Discutir francamente com o paciente, as razões dessa restrição. Se ele estiver confuso, retirar dele o objeto e oferecer-lhe um substituto. Se o objeto não for perigoso, procurar não tirar dele. Registrar o fato.
67. *Paciente pede insistentemente a mesma coisa.*
A.P. Um pedido insistente é sempre uma forma de pedir atenção suplementar. Dar atenção ao paciente e resposta ao seu pedido. Procurar entender sua comunicação. Comunicar à equipe ou ao médico. Registrar seus pedidos e seu comportamento.
68. *Paciente repete sempre a mesma coisa.*
A.P. Procurar entender que a repetição tem algum significado para ele e indica necessidade de expor o fato. Respeitar esse comportamento. Deixá-lo falar quanto

quiser. Dar mais atenção ao paciente, se é esta a sua necessidade. Registrar o fato.

69. *Paciente não obedece a rotina do hospital.*

A.P. A rotina do hospital deve ser bastante flexível. O “enfermeiro” deve entender o comportamento do paciente que se recusa obedecer a rotina. Levar ao conhecimento do médico, para que ele avalie e analise as razões desse comportamento. Se necessário, fazer com que o paciente siga a rotina. Registrar o comportamento.

70. *Paciente se zanga com facilidade.*

A.P. Entender seu comportamento e aceitá-lo com suas dificuldades. Tomar cuidado para não se irritar com ele. Não permitir que essas zangas interfiram na rotina do hospital. Conversar com o paciente em particular e fazer com que se adapte à nova situação. Registrar o comportamento.

71. *Paciente “mexe” muito com os outros pacientes.*

A.P. Compreender seu comportamento, que provavelmente é uma repetição do que aprendeu em casa. Dar-lhe uma ocupação, ou uma atribuição. Permitir catarse de seus impulsos agressivos. Conversar com o paciente com cordialidade e tato. Registrar o comportamento.

72. *Pacientes queixam-se de um determinado paciente.*

A.P. Verificar porque aquele paciente é visado. Discutir amplamente com os outros sobre as razões da queixa. Compreender o comportamento do paciente e ajudar os outros a também compreenderem. Verificar se as queixas são reais. Comunicar ao médico, ou ao chefe da equipe e registrar as queixas.

73. *A figura do paciente causa medo.*

A.P. Conversar francamente com os demais pacientes sobre os seus temores. Verificar o que no comportamento do paciente causa medo. Ajudá-lo a se integrar no grupo. Registrar o comportamento.

74. *Paciente bate nos outros pacientes.*

A.P. Compreender seu comportamento agressivo. Se estiver na fase aguda, deverá ser tratado imediatamente. Não permitir ações que revelem comportamento violento. Agir firme e autoritariamente, porém com compreensão. Comunicar ao médico e registrar no relatório de enfermagem.

75. *Paciente fala muitos “nomes feios”.*

A.P. Compreender que é uma forma de agressão. Deixá-lo externar sua agressão. Conversar e não ser agressivo com ele. Comunicar ao médico e registrar no relatório de enfermagem.

76. *Paciente diz coisas sem sentido.*

A.P. Deixá-lo falar. Observar cuidadosamente o que ele diz. Comunicar ao médico e registrar no relatório de enfermagem. Comunicar aos outros membros da equipe.

77. *Paciente conta seus problemas particulares.*

A.P. Ouvir com atenção e simpatia. Não se envolver nos seus problemas. Comunicar ao médico o que ouviu. Registrar as observações feitas e o que foi ouvido.

78. *Paciente fala das “muitas coisas que possui”*

A.P. Ouvir com simpatia, entendendo que isto é uma manifestação da doença. Não fazer comentários, nem estabelecer comparações entre o paciente e os outros; não censurar. Comunicar ao médico e registrar as observações feitas.

79. *Paciente chora.*

A.P. Deixar o paciente chorar e proporcionar-lhe condições para a livre manifestação de seus sentimentos. Dar atenção, apoio e expressar, se possível, uma palavra amiga. Conversar com o paciente e informar-se das causas do choro. Comunicar ao médico e registrar o fato no relatório de enfermagem.

80. *Paciente fala em fugir.*

A.P. Conversar francamente com ele, a fim de investigar os motivos do desejo de fuga. Vigia-lo discretamente. Levar ao conhecimento do médico e de toda a equipe. Registrar as palavras do paciente no relatório de enfermagem.

81. *Paciente foge e é trazido de volta.*

A.P. Recebê-lo sem críticas e sem censuras. Compreender seu comportamento. Se o assunto precisa ser discutido com o paciente este será tratado, em particular pelo líder da equipe ou chefe do serviço de enfermagem. Registrar o fato no relatório de enfermagem.

82. *Paciente é exigente.*

A.P. Ouvi-lo com atenção. Entender que esta é uma forma de obter atenção. Atendê-lo na medida das possibilidades do hospital. Comunicar ao médico e registrar no relatório de enfermagem.

83. *Paciente pede para sair “para passear”.*

A.P. Procurar saber com o médico, ou com os outros membros da equipe, se ele está em condições de ter autorização para sair. Tendo permissão, poderá sair com os familiares, ou com o pessoal do hospital. Registrar seu pedido.

84. *Paciente fala de sua vida particular.*

A.P. Ouvir com simpatia e neutralidade. Não ficar comentando o que ouviu. Comunicar ao médico. Registrar os comentários do paciente.

85. *Paciente tem crise convulsiva.*

A.P. Dar-lhe os primeiros socorros: segurar a cabeça, proteger os dentes, desapertar as roupas. Ajudar os outros pacientes a entenderem a situação. Registrar o fato no relatório de enfermagem.

86. *Paciente conversa com uma árvore, dizendo que está ali uma pessoa “que você não vê”; conversa com a parede; mostra uma pessoa “que você não vê”.*

A.P. Respeitá-lo e jamais ridicularizá-lo, ou subestimá-lo por essa situação. Conversar com o paciente, ou dar-lhe uma ocupação para evitar o isolamento. Comunicar ao médico e registrar o fato no relatório de enfermagem.

87. *Paciente queixa-se de que tem barata dentro do ouvido; um bicho andando pela perna; uma mosca no nariz.*

A.P. Verificar se existe realmente alguma coisa. Mostrar-lhe que se interessa por ele e por seu problema. Entender que isso é uma interpretação dada para uma

sensação desagradável. Não desmentí-lo ou ridicularizá-lo. Comunicar ao médico e registrar no relatório de enfermagem.

88. *Paciente conta coisas estranhas que lhe aconteceram como por exemplo: que não dormiu a noite toda, porque foi amarrado num espeto e assado; que há coisas que o cutucam. Sente que seu corpo está diferente, transformado.*

A.P. Entender que esta é a forma encontrada para exprimir seus sofrimentos. Ouvir com respeito e tranquilidade. Dizer, se houver oportunidade, que compreende seu estado, mas que ele parece bem agora. Comunicar ao médico e registrar o fato no relatório de enfermagem.

89. *Paciente fala que as pessoas pretendem prejudicá-lo ou que ficam falando dele.*

A.P. Ouvir, sem criticá-lo. Não dizer que é mentira. Procurar conversar com ele e dar-lhe uma ocupação, para que ele não se isole. Comunicar ao médico e registrar as observações do comportamento do paciente.

90. *Paciente fica isolado dos outros, não conversa com ninguém.*

A.P. Dar-lhe atenção especial, mantendo com ele contatos curtos e freqüentes. Procurar motivá-lo para executar alguma atividade. Registrar o comportamento.

91. *Paciente está sempre triste e choroso.*

A.P. Dar-lhe um pouco mais de atenção. Estimulá-lo a participar de atividades e de grupos. Não tomar atitudes de piedade nem fazer comentários. Registrar o comportamento.

92. *Paciente pede constantemente para chamar o médico, porque seu pulso está fraco e sua pressão está baixa. Seu coração está disparando. Está com falta de ar, parece que vai morrer.*

A.P. Verificar suas condições físicas e o tratamento que está sendo feito. Se nada de anormal houver, dizer-lhe que tudo está bem. Explicar-lhe que chamar o médico é uma forma de pedir proteção. Conversar com ele e dar-lhe apoio e atenção. Registrar as queixas no relatório de enfermagem.

93. *Paciente é muito ativo: pula, dança, anda, "mexe" com outros, não pára.*

A.P. Permitir ao paciente que dê vazão à sua energia. Utilizar jogos, danças e outras coisas. Entender que esse comportamento é uma manifestação da doença. Se perturbar muito os outros pacientes, deixá-lo um pouco mais isolado. Comunicar ao médico e registrar o comportamento.

94. *Paciente ri muito de tudo, ironiza as pessoas, fala muito e sem parar.*

A.P. Não se ofender com as atitudes dele. Entender e ajudar os outros pacientes a entenderem que isto é uma manifestação da doença. Se houver oportunidade, mostrar ao paciente como ele está sendo destrutivo. Registrar o comportamento.

95. *Paciente queixa-se de muita tristeza e infelicidade.*

A.P. Ouvir com atenção o paciente exprimir suas queixas. Dar-lhe apoio e apontar seus aspectos positivos. Manter contato mais freqüente com ele. Vigia-lo discretamente. Registrar as observações, comunicar ao médico.

96. *Paciente repete sempre o mesmo gesto ou as mesmas palavras, antes de fazer qualquer coisa.*
- A.P. Permitir, sem crítica, que o paciente expresse seus sintomas. Ter muita paciência e estimulá-lo, a fim de que consiga superar seus sintomas. Dar-lhe sempre uma esperança. Não dar atenção especial ao fato. Registrar o comportamento.
97. *Paciente procura sempre o pessoal de enfermagem, quer conversar, quer tocá-lo com as mãos.*
- A.P. Dar-lhe atenção, mostrando, com palavras ou gestos, que o contato manual é desnecessário. Não censurar, demonstrar que aceita o afeto do paciente e que gosta dele, sem que haja necessidade de contato físico. Registrar o comportamento.
98. *Paciente diz não ser ele mesmo, mas ser outra pessoa.*
- A.P. Aceitá-lo com seus sintomas. Não desmenti-lo. Conversar com o médico, a fim de verificar como agir com este paciente. Registrar as observações do paciente.
99. *Paciente diz estar possuído pelo demônio ou por outra "coisa" qualquer.*
- A.P. Permanecer tranquilo, mostrando-lhe que não tem receio dos aspectos maus que o paciente atribui ao demônio. Não discutir, nem ficar ironizando o paciente. Deixar que se expresse livremente. Registrar o comportamento.

MINZONI, M.A. Tool and procedures for research in psychiatric nursing. II – Inventory of possible situations in psychiatric nursing. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, 14 (3): 299-320, 1980.

The author lists situations in which psychiatric patients' basic needs are affected and possible activities of the nursing personnel to meet them.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- MINZONI, M.A. Assistência de enfermagem psiquiátrica: estudo da situação num município paulista. Ribeirão Preto, 1971. (Tese de doutoramento – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP).
- MINZONI, M.A. *Assistência ao doente mental: elementos de enfermagem psiquiátrica para o pessoal auxiliar de enfermagem*. 2. ed. Ribeirão Preto, Artes Gráficas Guarany, 1977.

ANEXO I

O QUE VOCÊ FAZ QUANDO

81. O PACIENTE FOGE E É TRAZIDO DE VOLTA

