


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INTERCONSULTA - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO
ADULTO EM SITUAÇÃO DE CRISE COM APROFUNDAMEN
TO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

N.Cham. TCC UFSC ENF 0097
Título: Interconsulta, assistência de
enfermagem ao adulto em situação de crise

972513169 Ac. 240522
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

Ana Valéria de Souza
Elidia Tridapalli

Professor Orientador: Wilson K. de Paula

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0097
Ex.1

FLORIANÓPOLIS, SETEMBRO DE 1985

S U M Á R I O

1 - INTRODUÇÃO	p. 01
2 - OBJETIVOS	p. 04
2.1 - Objetivos Gerais	p. 04
2.2 - Objetivos Específicos	p. 04
2.3 - Objetivo Operacional	p. 05
3 - MARCO REFERENCIAL	p. 06
3.1 - Teoria das Necessidades Humanas Básicas	p. 06
3.1.1 - Conceitos, Proposições e Princípios ...	p. 08
3.1.2 - Processo de Enfermagem	p. 10
3.1.3.- Necessidades Humanas Básicas	p. 11
3.2 - Teoria da Crise	p. 13
3.2.1 - Características da Crise	p. 15
3.2.2 - Fases da Crise	p. 15
3.2.3.- Tipos de Crise	p. 16
3.2.4 - Níveis de Prevenção	p. 16
3.3 - Relação pessoa-a-pessoa	p. 17
4 - PROPOSTA TEÓRICA DO PROJETO	p. 19
5 - MATERIAL E MÉTODOS	p. 21
5.1 - Local	p. 21
5.2 - População Alvo	p. 21
5.3 - Método	p. 21
5.4 - Instrumentos	p. 24
5.5 - Avaliação	p. 24
6 - CRONOGRAMA	p. 25
7 - CONCLUSÃO	p. 28
8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	p. 29
9 - ANEXOS	p. 31

"A saúde mental pode ser medida pela quantidade e qualidade em que alguém é capaz de viver. O que não se pode, é confundir as pessoas silenciosas com as pessoas silenciadas - aquelas cujo silêncio ainda está cheio de gritos abafados".

ANDRÉ GAIARSA

I - INTRODUÇÃO

A partir da experiência de CAMPOS e MARTINS, este projeto será aplicado em estágio da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, no Hospital Universitário, na Emergência e Unidades de Internação; propõe-se dar continuidade e ampliar a proposta inicial, abordando a assistência de enfermagem com aprofundamento das necessidades psicossociais, a pacientes em situação de crise com os quais será estabelecida uma relação de ajuda.

Segundo Kamiama (7), citada por CAMPOS e MARTINS, (4), "na prática, as alterações das necessidades fisiológicas são mais facilmente detectadas e atendidas do que aquelas de ordem psicossocial".

Conforme Caplan, (5), de acordo com os autores do projeto original, "o suprimento psicossocial inadequado, que é próprio ao distúrbio mental, ocorrerá se não houver oportunidade para uma pessoa estabelecer relações com aqueles que podem satisfazer suas necessidades".

Através do conhecimento de que esses problemas não estão sendo assistidos satisfatoriamente devido a uma série de fatores, este trabalho propõe-se dar continuidade à tentativa de modificar as doenças ditas psiquiátricas e possibilitar uma assistência através da relação de ajuda, antes que os pacientes sejam encaminhados para instituições psiquiátricas, quando possam ser atendidos a nível de hospital geral.

"De modo geral, a estrutura hospitalar e a equipe assistencial tendem a proporcionar a adaptação à doença, mas não oferecem apoio emocional necessário para o ajustamento do indivíduo a sua nova situação de doente hospitalizado". (7)

Na experiência realizada em 1985/1 os autores consideraram alguns problemas que contribuem para o afastamento da assistência às necessidades psicossociais, descritos a seguir:

- A sobrecarga funcional do enfermeiro, indisponibilidade de tempo para o atendimento das necessidades e a necessidade de recursos humanos são alguns fatores observados.

- Existe ainda dificuldades para abordagem desses pacientes e o mito de que o enfermeiro é incapaz para prestar este tipo de assistência tida como psiquiátrica.

O que foi identificado por CAMPOS e MARTINS quando referendaram a afirmação de Kamiama, (7), que enfatiza a "necessidade de métodos eficazes para o atendimento das necessidades psicossociais".

- A percepção dos profissionais, que esta voltada para sinais e sintomas objetivos, leva a dificuldade de perceber o comprimento e complexidade dos problemas psicossociais, que se manifestam muitas vezes de formas sutis.

- Entre os fatores apontados por CAMPOS e MARTINS, está a postura profissional comprometida com o envolvimento emocional enfermeiro/paciente, conforme Travelbee (15) e o manejo inadequado frente a situações de crise que comprometem ainda a assistência das necessidades psicossociais.

CAMPOS e MARTINS concluem que o Hospital Universitário favorece desenvolver um projeto desta natureza, tendo em vista que os métodos de assistência aplicados oferecem subsídios qualitativos que orientam e permitem uma visão e uma prática de procedimentos científicos na assistência de enfermagem.

Consideram ainda um espaço importante a ser preenchido por estudantes de enfermagem, por funcionar como hospital

modelo em nosso Estado e ser hospital-escola que precisa urgente da participação do estudante, e ressaltam:

- O conhecimento do Hospital, sua planta física, sua política de pessoal, de material e principalmente sua metodologia de assistência, considerando-se o corpo de enfermeiros como principal "eixo" de manutenção e organização desta política hospitalar, entende-se haver subsídios relevantes que propiciam a aplicação dos objetivos a que se propõe este projeto.

Os autores deste projeto concordam que:

- Escolha para atuação em "intercorrências clínicas do adulto", especificamente relacionadas às crises e necessidades psicossociais, deve-se ao fato de haver uma identificação de estudantes com esta área durante a formação do curso.

- A vivência em estágios anteriores, que demonstra um enfoque centrado nas necessidades psicobiológicas, desperta a atenção para um tipo de assistência que possa garantir também o atendimento às necessidades psicossociais dos pacientes, tendo em vista a interferência do fator social determinando o número cada vez maior de doenças.

Da mesma forma que os precursores deste projeto, pretende-se aplicar uma assistência fundamentada e comprometida também com o caráter psicossocial do indivíduo, e considera-se que a demanda crescente a este tipo de assistência, não se pode passar inerte a este processo, sendo a vida do nosso maior objetivo em sua totalidade.

A intervenção dos estagiários demonstra a possibilidade de desmistificar a interpretação tradicional sobre a cultura e costumes. Esta interpretação leva a julgamentos e rótulos frente à assistência (alcólatra, aborto, "pitizao").

Para não incorrer no erro de compartimentar a assistência e reproduzir esta prática, pretende-se, também estabelecer uma relação entre profissionais que será chamada de "interconsulta de enfermagem", garantindo uma individualidade na assistência.

2 - OBJETIVOS

2.1 - Objetivos Gerais

Prestar assistência de enfermagem com aprofundamento das necessidades psicossociais com o estabelecimento de uma relação de ajuda.

Promover interconsultas de enfermagem.

2.2 - Objetivos Específicos

Objetivo nº 1 - Aplicar o Histórico de Enfermagem e/ou aprofundá-lo nos aspectos psicossociais.

Objetivo nº 2 - Identificar problemas.

Objetivo nº 3 - Classificar os problemas segundo Wanda Horta.

Objetivo nº 4 - Identificar as necessidades humanas básicas atuais afetadas, em presentes, passadas ou futuras.

Objetivo nº 5 - Classificar a crise segundo Caplan.

Objetivo nº 6 - Estabelecer o nível de prevenção.

Objetivo nº 7 - Fazer prescrição de enfermagem.

Objetivo nº 8 - Fazer evolução.

Objetivo nº 9 - Fazer avaliação.

Objetivo nº 10 - Encaminhar pacientes para interconsultas, utilizando o recurso de enfermagem especializado da instituição.

Objetivo nº 11 - Participar de reuniões com enfermeiros, para exposição e discussão de estudos de caso e desenvolvimento de projeto.

2.3 - Objetivo Operacional

Este projeto tem como proposta o acompanhamento de um mínimo de 20 indivíduos.

3 - MARCO REFERENCIAL

Serão utilizadas, da mesma forma que o projeto anterior, as Teorias das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda de Aguiar Horta; a Teoria das Crises, de Gerald Caplan e a Relação pessoa-a-pessoa, de Travelbee.

3.1 - Teoria das Necessidades Humanas Básicas Segundo Horta e Citada por Campos e Martins

Esta teoria foi desenvolvida a partir da teoria da Motivação Humana de Maslow, fundamentada nas necessidades humanas básicas.

"A enfermagem é um serviço prestado ao ser humano. O ser humano é parte integrante do universo dinâmico, e como tal sujeito a todas as leis que o regem, no tempo e no espaço".

"O ser humano está em constante interação com o universo, dando e recebendo energia. A dinâmica do universo provoca mudanças que o levam a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço".

Resulta pois:

- O ser humano como parte integrante do universo está sujeito a estados de equilíbrio e desequilíbrio no tempo e no espaço.

O ser humano se distingue dos demais seres do universo por sua capacidade de reflexão, por ser dotado do poder de imaginação e simbolização e poder unir presente, passado e futuro.

- Estas características do ser humano permitem sua unicidade, autenticidade e individualidade.

- O ser humano por suas características, é também agente de mudanças no universo dinâmico, no tempo e no espaço; conseqüentemente:

- O ser humano, como agente de mudança, é também a causa de equilíbrio e desequilíbrio em seu próprio dinamismo.

- Os desequilíbrios geram, no ser humano, necessidades que se caracterizam por estados de tensão conscientes ou inconscientes que o levam a buscar satisfação de tais necessidades para manter seu equilíbrio dinâmico no tempo e no espaço.

- Estar com saúde e estar em equilíbrio no tempo e espaço.

- As necessidades não atendidas ou atendidas inadequadamente trazem desconforto, e se este se prolonga e causa doença.

A enfermagem é parte integrante da equipe de saúde.

Do que resulta:

- Como parte integrante da equipe de saúde, a enfermagem mantém o equilíbrio dinâmico, previne desequilíbrios e reverte desequilíbrios em equilíbrio do ser humano no tempo e no espaço.

- O ser humano tem necessidades básicas que precisam ser atendidas para seu completo bem estar.

- O conhecimento do ser humano e respeito do atendimento de suas necessidades é limitado por seu próprio saber. A intervenção do profissional habilitado, se dará quando o indivíduo não se percebe ou não tem condições de atender às suas necessidades.

- Todos os conhecimentos e técnicas acumuladas sobre a enfermagem dizem respeito, ao cuidado do ser humano, isto é, como atende-lo em suas necessidades básicas.

- A enfermagem assiste o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, valendo-se para isto, dos conhecimentos e princípios científicos das ciências físico-químicas, biológicas e psicossociais. A conclusão será:

"A enfermagem como parte integrante da equipe de saúde implementa estados de equilíbrio, previne estados de de_usequilíbrio e reverte desequilíbrios em equilíbrio pela assistência ao ser humano no atendimento de suas necessidades básicas; procura sempre reconduzi-lo à situação de equilíbrio dinâmico no tempo e espaço".

Desta teoria decorrem conceitos, proposições e princípios que fundamentam a ciência de enfermagem.

3.1.1 - Conceitos, Proposições e Princípios

Partindo-se da teoria proposta citada por CAMPOS' e MARTINS (4), o primeiro conceito que se impõe é o de enfermagem: "enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo inde_pendente desta assistência, quando possível pelo ensino do auto-cuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colabo_ração com outros profissionais."

Assistir em enfermagem é: fazer pelo ser humano aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudar ou auxiliar quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar; orientar ou ensinar ou supervisionar e encamiar a outros profissionais. A assistência proposta neste estudo, direciona-se principalmen_te ao ajudar.

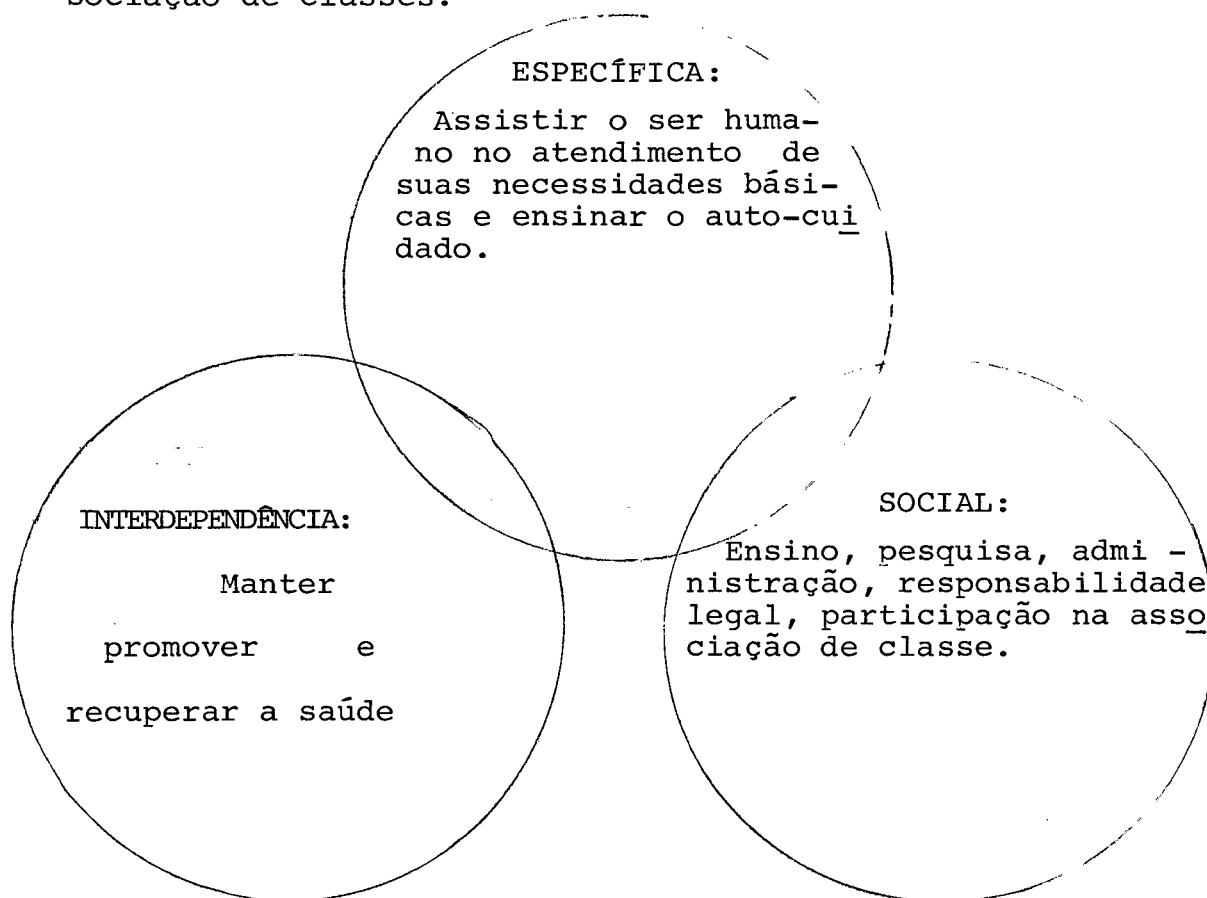
Destes conceitos, mantêm-se algumas proposições, inferidas por CAMPOS e MARTINS:

As funções do (a) enfermeiro(a) podem ser conside_radas em três áreas ou campo de ação distintos:

a) Área específica: assistir o ser humano no aten_dimento de suas necessidades e torná-lo independente desta asistência quando possível, pelo ensino do auto-cuidado.

b) Área de interdependência ou colaboração: a sua atividade na equipe de saúde nos aspectos de manutenção, promoção e recuperação da saúde.

c) Área social: dentro de sua atuação com um profissional a serviço da sociedade, função de pesquisa, ensino, administração, responsabilidade legal e de participação na associação de classes.



A ciência da enfermagem compreende o estudo das necessidades humanas básicas, dos fatores que alteram sua manifestação e atendimento, e na necessidade a ser prestada.

Dos princípios citados por CAMPOS e MARTINS (4), deduz-se:

- A enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano.

- A enfermagem é prestada ao ser humano e não a sua doença ou desequilíbrio.

- Todo o cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e de reabilitação.

- A enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade.

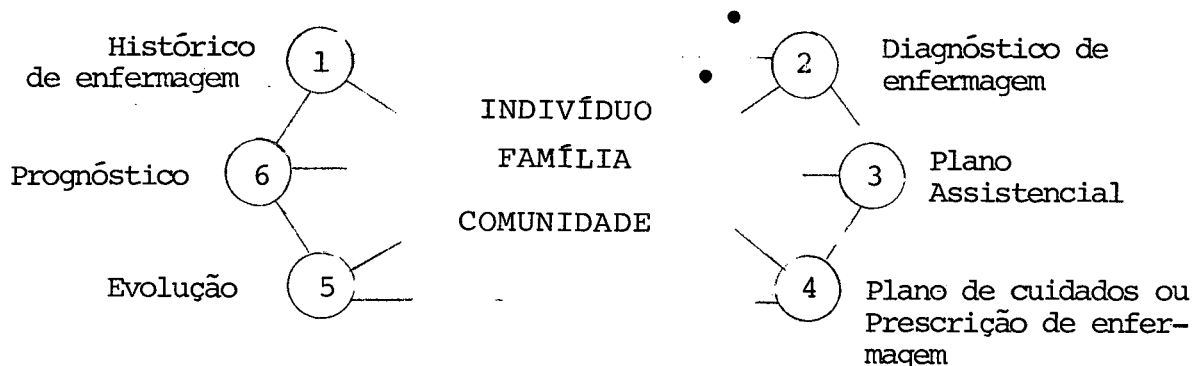
- A enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo no seu auto-cuidado.

Para que a enfermagem atue eficientemente, necessita desenvolver sua metodologia de trabalho que está fundamentada no método científico. Este método de atuação da enfermagem é denominado processo de enfermagem.

3.1.2 - Processo de Enfermagem

De acordo com HORTA (6), o processo de enfermagem é dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano. Caracteriza-se pelo interrelacionamento e dinamismo de suas fases ou passos.

Distingue-se seis fases ou passos. A inter-relação e a igual importância destas fases no processo podem ser representadas graficamente (figura abaixo) por um hexágono, cujas faces são vetores bi-orientados, querendo-se assim mostrar também a reinteração eventual de procedimentos. No centro deste hexágono situar-se-ia o indivíduo, a família e a comunidade.



De acordo com esta teoria, os passos ou fases do processo de enfermagem são:

- Histórico de enfermagem: roteiro sistematizado para o levantamento de dados significativos para o enfermeiro do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas.

- Diagnóstico de enfermagem: é a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento em natureza e em extensão.

Plano assistencial: é a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido.

- Plano de Cuidados ou Prevenção de Enfermagem: é a implementação do plano assistencial (pelo roteiro diário ou período prazado) que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades básicas e específicas do ser humano.

- Evolução de Enfermagem: relato diário (ou prazado) das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, enquanto estiver sob assistência profissional. Pela evolução é possível avaliar a assistência de enfermagem implementada.

- Prognóstico de Enfermagem: é a estimativa da capacidade do ser humano, em atender suas necessidades básicas alteradas após implementação do plano assistencial e a luz dos dados fornecidos pela evolução de enfermagem.

3.1.3 - Necessidades Humanas Básicas

De acordo com HORTA (6); Necessidades Humanas Básicas: "São estados de tensão, conscientes ou inconscientes, resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais". Este conceito, torna-se-à mais claro ao estudarmos as características das próprias necessidades. Em estados de equilíbrio dinâmico, as necessidades não se manifestam, porém estão latentes e surgem com maior ou menor intensidade, dependendo do desequilíbrio instalado. São aquelas condições ou situações que o indivíduo, família e comunidade apresentam decorrentes do de

sequilíbrio de suas necessidades básicas que exijam uma resolu
ção podendo ser aparentes, conscientes, verbalizadas ou não.

O problema de enfermagem é citado como situações
ou condições decorrentes dos desequilíbrios das necessidades bá
sicas do indivíduo, família e comunidade e que exigem do enfer-
meiro sua assistência profissional.

No presente estudo, considerar-se-á problema, "to
da a situação ou condição decorrente do não atendimento das ne
cessidades humanas presentes, passadas ou futuras, identificado
pelo próprio indivíduo que apresenta ou pelo enfermeiro, e cuja
solução possa estar na dependência de uma relação de ajuda".(14)

As necessidades são universais, o que varia de um
indivíduo para outro é sua manifestação e a maneira de satisfa-
zê-la.

Neste trabalho, consideram-se necessidades atuais
aquelas relacionadas ao momento atual. Podem ser presentes, pas
sadas e futuras.

Dentre os inúmeros fatores que interferem na mani-
festaçãõ e atendimento, CAMPOS e MARTINS (4) citam:

- individualidade, idade, sexo, cultura, escolari-
dade, fatores sócio-econômicos, ciclo saúde-enfermidade, ambien
te físico.

As necessidades de nível psicobiológico, psicosso
cial e psicoespiritual, aparecem relacionadas no quadro anexo
I.

As necessidades de segurança e atenção não foram
consideradas na primeira proposta e não serão neste trabalho,
quando afetadas como hipótese de diagnóstico, por serem conside
radas quando afetadas, como sinais e sintomas de outras necessi
dades.

A necessidade de amor só será classificada quando
o paciente usar a palavra amor ou derivada desta. De outra for
ma, sempre que houverem indícios desta necessidade, os autores'
deste projeto manterão a classificação como necessidade de estima.

Todas as necessidades estão intimamente inter-relacionadas, uma vez que fazem parte de um todo, o ser humano. É fundamental que se integre o conceito holístico do homem, ele é um todo indivisível, não é soma de suas partes.

3.2 - Teoria da Crise

A proposta de CAMPOS e MARTINS (4) conceitua que "crises são mudanças agudas do padrão de comportamento que ocorre nos tempos em tempos na vida de uma pessoa," conforme CAPLAN.

Prosseguem que em seu funcionamento emocional individual e em seu desempenho como unidade de estrutura social, uma pessoa atua de acordo com certos padrões consistentes com um mínimo de auto-consciência e noção de esforço. Defronta-se constantemente com situações que requerem a atividade de solução de problemas e resolve-os, em tempo mínimo e reações habituais. Em suas relações com outros em seu sistema social, desempenha papéis complementares vinculados à sua posição na estrutura da sociedade em que vive. Do mesmo modo, o sistema mais vasto em que ela está incorporada encontra-se em equilíbrio. Isso não significa que seja estático, mas que as várias forças sociais produzem um padrão dotado de certa consistência, quando encarado pelo prisma de uma sequência temporal.

Essa consistência só é evidente num adequado enfoque temporal. Se a escala for muito pequena, por exemplo, se o padrão for inspecionado de minuto a minuto, parece estar em constante mudança e movimento. Mas num intervalo mais longo mostrará que o padrão reverte continuamente a um determinado ponto médio. Se, por outro lado, se adotar um intervalo muito mais extenso, veremos o padrão mudar em maior ou menor grau. No indivíduo, isso é conhecido como o processo de crescimento, desenvolvimento e envelhecimento, o qual se desenrola em vários ritmos nos vários períodos da vida. Também nas sociedades existem mudanças de desenvolvimento no decurso de um extenso período.

Essas alterações a longo prazo no padrão devem-se a poderosas forças anabólicas e catabólicas no interior do sistema, seja indivíduo ou grupo, e à interação entre essas forças

e as externas. Sobrepostas a essas mudanças no desenvolvimento' a longo prazo, e contribuindo de modo significativo para as al terações no padrão, existem as descontinuidades mais súbitas que ocorrem em tempos de crise.

A consistência normal do padrão, ou equilíbrio é mantida por mecanismos de reequilíbrios homeostático, pelo que desvios temporários do padrão mobilizam forças opostas que auto maticamente repõem o padrão em seu estado anterior. Em outras palavras pode-se dizer que o equilíbrio é perturbado pelo indivíduo ou sistema que se defronta com uma força ou situação que altera seu funcionamento prévio; chamamos a isso um "problema". De um modo característico, o problema requer uma variedade de mecanismos habituais de solução de problemas, um dos quais re solve os problemas analogamente e num prazo de tempo semelhante aquele que se registrou em ocasiões anteriores. Durante o curto período que antecedeu a solução, o organismo fica em estado de tensão, mas esta não é excessiva porque o período não é mais ex tenso do que na experiência prévia e o indivíduo ou grupo, nes sa experiência, ao lidar com tais problemas por métodos análo - gos, desenvolveu a expectativa de um resultado bem sucedido e a capacidade para suportar esse grau de tensão, assim como as técnicas adequadas para conservar a tensão dentro de certos li mites, por meio de mecanismos de descarga.

Numa crise, esse processo é exagerado porque o es tímulo do problema é maior e as forças reequilibradoras usuais não são bem sucedidas na margem usual de tempo. O período de inconsistência dos padrões de comportamento é mais extenso que o usual e, quando um equilíbrio é final mente conseguido, o novo padrão pode diferir significativamente do anterior. O novo pa drão pode ser estável e constituir um equilíbrio que é mantido por forças de reequilíbrio homeostático, como no passado.

A identificação de um padrão de funcionamento como um equilíbrio com um padrão estável é uma questão relativa, de pendendo do tamanho do período de observação; e, analogamente, a identificação de um período de desequilíbrio como uma crise é também uma questão relativa. Se a ampliação é bastante grande, aparecerá provavelmente uma quantidade infinita de crises minús

culas, representando os sucessivos passos do que, em ampliações menores parece ser um desenvolvimento gradual. Existe uma se quência contínua entre essas e as crises principais, que são, por assim dizer, visíveis a olho nũ como nítidas e repentinas ' descontinuidades no padrão de funcionamento.

O significado de uma crise está em seu encadeamento temporal de desenvolvimento. Importantes alterações no pa drão podem ocorrer num período relativamente curto e parmanecer estáveis subseqüentemente, por um longo período.

3.2.1 - Característica da Crise

O fator essencial que influi na ocorrência de uma crise é um desequilíbrio entre a dificuldade e a importância do problema e os recursos disponíveis para resolvê-lo. Quando os mecanismos usuais diretos e homeostáticos de solução de problemas não funcionam, e o problema é de tal ordem que outros métodos possíveis de serem empregados para contorná-lo tampouco po dem ser usados, instala-se a crise, e, por consequência, torna-se necessária a intervenção.

3.2.2 - Fases da Crise

Fase 1: A elevação inicial de tensão, em decorrência do impacto do estímulo, aciona as habituais homeostáticas na solução de problemas.

Fase 2 - A falta de êxito e a continuação de estí mulo estão associadas a elevação de tensão.

Fase 3 - Uma nova elevação de tensão leva-a a ul trapassar um 3º limiar, quando então atua como poderoso estímulo interno na mobilização de recursos internos e externos. O problema pode ser resolvido com a satisfação da necessidade ou renúncia à necessidade ou a distorção perceptual.

Fase 4: Se o problema continua e não pode ser resolvido, a tensão ultrapassa um novo limiar e torna-se insuportável com o tempo, atingindo um ponto de ruptura. Ocorre então uma grave desorganização do indivíduo, com resultados drásticos.

3.2.3 - Tipos de Crise

a) Crises Existenciais: "O desenvolvimento da personalidade já foi descrito há muito tempo como uma sucessão de fases diferenciadas, cada uma delas qualitativamente diferente' de sua predecessora. Entre uma fase e a seguinte há períodos de comportamento indiferenciado, períodos transitórios que se caracterizam por transtornos cognitivos e afetivos". (ERIKSON (5)).

b) Crises Situcionais: "Períodos de perturbação, que usualmente vão de alguns dias a poucas semanas de duração. Períodos semelhantes aos da crise existencial, de perturbação psicológica e comportamental, precipitados por azares da vida e envolvendo uma súbita perda de suprimentos básicos, a ameaça de perda, ou desafio associado a uma oportunidade de obter maiores suprimentos, acompanhada de um crescimento de exigências ao indivíduo". ERIKSON (5)

3.2.4.- Níveis de Prevenção

Prevenção Primária - Envolve a redução da taxa de novos casos de distúrbios mental numa população durante um certo período neutralizando as circunstâncias perniciosas antes que elas tenham a oportunidade de causar a doença. Não procura impedir que uma pessoa específica adoça. Procura reduzir o risco em toda a população de modo que, embora alguns possam adoecer, seu número seja reduzido.

Tem como meta assegurar a provisão adequada de suprimentos básicos de uma população e ajudar os indivíduos para que possam enfrentar, construtivamente, as crises, ou seja, exercer uma ação social em massa e outra individual.

Prevenção Secundária - Visa tratar imediatamente o indivíduo em crise, após um diagnóstico precoce da situação problema.

Prevenção Terciária - Objetiva a reabilitação das sequelas.

3.3 - Relação Pessoa-a-Pessoa

Dos preceitos adquiridos por CAMPOS e MARTINS, (4) e mantidos pelos autores, a relação pessoa-a-pessoa constitui uma meta a ser alcançada. É o resultado final de uma série de interações planejadas entre dois seres humanos: o enfermeiro e o paciente. É uma experiência crescente para os participantes onde ambos desenvolvem uma capacidade crescente para estabelecer relações interpessoais.

Para Travelbee, uma relação é mais do que falar somente com uma pessoa enferma por um período determinado a cada dia. Um certo número de interações acumuladas não constitui necessariamente uma relação.

Uma característica da relação é que ambos, trocam e modificam seu comportamento.

Somente se estabelece uma relação quando cada participante percebe o outro como ser humano único.

O conhecimento, a compreensão e as habilidades requeridas para planificar, estruturar, dar e avaliar a atenção durante a relação pessoa-a-pessoa, constituem requisitos prévios indispensáveis para desenvolver a capacidade de trabalho.

Como resultado da relação, a pessoa enferma amplia sua capacidade para enfrentar a realidade e para descobrir soluções práticas a seus problemas, aprende a ser menos estranha à comunidade e deriva prazer em comunicar-se e socializar-se com seus semelhantes.

O enfermeiro aumenta sua habilidade para abordar e enfrentar situações reais e para ajustar-se a suas próprias expectativas e a dos demais. Aprende novas formas de ajudar os enfermos a orientar-se para uma participação significativa em sua comunidade.

Na relação deve-se considerar alguns conceitos supostos por Travelbee:

a) Compromisso Emocional: o enfermeiro precisa comprometer-se emocionalmente se aspira estabelecer uma relação com o paciente. É a capacidade de transcender-se a si mesmo e inte-ressar-se por outra pessoa sem que este interesse a invalidade.

b) Aceitação: sugere aceitar o paciente tal como 'ele é. A aceitação pode dar-se de forma automática ou não. Quan-do não constitui um processo automático, é uma meta a ser alcan-çada.

c) Atitude não Julgadora: Significa não formular juízos morais sobre o paciente ou culpá-lo por seu comportamen-to.

d) Objetividade: capacidade para observar o que realmente está ocorrendo, excluindo prejuízos derivados de sen-timentos pessoais.

O papel do enfermeiro reside em estruturar a inte-ração de tal maneira que o paciente possa sentir que está aber-ta a seus problemas.

Os requisitos prévios são conhecidos, habilidades para usá-los em benefício do paciente, sensibilidade e sentido de oportunidade em uma situação interpessoal. Ambos crescem como resultado de uma experiência de relacionar-se.

Importante o conceito de compreender, que é reco-nhecer a singularidade do outro. O atendimento inclui aprender novas capacidades ou padrões de comportamento interpessoal. É um processo recíproco onde tanto o enfermeiro e paciente perce-bem a interação de um com o outro como dois seres humanos.

Assim, na relação cada indivíduo é afetado e afeta pensamentos, sentimentos e comportamentos do outro.

CAMPOS e MARTINS (4) concluem que a interação ocorre durante um período particular da vida de ambos, paciente e enfermeiro, e portanto, não pode ser repetida ou imitada, assim cada encontro é único e original.

4 - PROPOSTA TEÓRICA DO PROJETO

A partir da experiência de CAMPOS e MARTINS, este projeto propõe-se dar continuidade e ampliar a proposta inicial, utilizando-se a teoria das Crises de Caplan, os pressupostos básicos de Travelbee a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta, e a definição de problema de Paula et alli (14), por acreditar que podem oferecer subsídios para se alcançar os objetivos propostos, através da utilização de um método de abordagem que seja eficaz ou que favoreça a assistência às necessidades psicossociais, que caracterizam uma das fases da crise.

Kimiyama. (7), considera "a frustração das necessidades psicossociais uma das principais causas dos casos de desajustamento em qualquer circunstância." Essa frustração está fundamentada neste trabalho, segundo a Teoria das Crises, a qual permite a detactação do período em que ocorre a crise, sua classificação e o nível de prevenção, entendendo os fatores que a motivaram, e possibilita uma assistência mais próxima da identidade social e individual do paciente.

/ A relação pessoa-a-pessoa, serve como instrumento necessário para abordagem com o paciente, através da visão deste como um ser humano e não como designação de uma enfermidade.

A fim de identificar as necessidades psicossociais afetadas utiliza-se da teoria das Necessidades Básicas e segue-se como modelo o Processo de Enfermagem de Wanda Horta, modificado e adaptado com o intuito de aplicar o método proposto para a assistência dos problemas psicossociais.

5 - MATERIAL E MÉTODOS

5.1. Local

Este projeto será desenvolvido nos serviços de saúde da UFSC, tendo como base a Emergência do H.U.

5.2. População Alvo

A população alvo deste projeto constituir-se-á de pacientes internos e externos do H.U. e de funcionários, que busquem o atendimento, sejam encaminhados ou identificados pelos autores.

5.3. Método

Objetivo nº 1: Aplicar o Histórico de Enfermagem (em sua totalidade, à medida em que os problemas não forem identificados para explicar a situação de crise, em que seja necessário a informação total) e/ou aprofundá-lo nos aspectos psicossociais, utilizando como instrumento o modelo proposto adaptado, Anexo (II), e como forma de abordagem a relação pessoa-a-pessoa.

Informações obtidas com indivíduo, a equipe de enfermagem e prontuários fornecem dados sobre a situação do indivíduo, facilitando o estabelecimento da relação inicial, que pode acontecer de forma espontânea, emergencial ou por solicitação.

Diante dos objetivos propostos por CAMPOS e MARTINS(4), durante a relação enfermeiro-paciente, é feita a observação do paciente, seguindo roteiro proposto, Anexo (III). "A

observação é o primeiro passo do método científico. Observar não significa apenas olhar; é preciso ir até a compreensão do problema." (12)

O estabelecimento da relação pessoa-a-pessoa é essencial para a aplicação do Histórico de Enfermagem, pois considera-se que a participação permite que cada participante perceba o outro como ser único ampliando sua capacidade para enfrentar a realidade.

Para que o Histórico de Enfermagem forneça uma melhor compreensão dos problemas do paciente, é preciso que a relação estabelecida entre ambos alcance certo grau de interação, onde o paciente reconhece o profissional disposto a ajudá-lo.

Entende-se assim, que o Histórico de Enfermagem, além de um instrumento de coleta de dados, também pode ser um instrumento terapêutico, posto que ao abrir-se a possibilidade, entre outras, de comunicação, aceitação e participação, o enfermeiro presta assistência de enfermagem.

Objetivo nº 2: Identificar problemas.

A partir do Histórico de Enfermagem e da relação estabelecida, listam-se os problemas encontrados, que podem ser referidos ou observados, o que permite a elaboração do plano assistencial.

Entende-se como problema, "toda a situação ou condição decorrente do não atendimento das necessidades humanas presentes, passadas ou futuras, identificadas pelo próprio indivíduo que apresenta ou pelo enfermeiro, e cuja solução possa estar na dependência de uma relação de ajuda". (14).

Objetivo nº 3 - Classificar os problemas segundo Wanda Horta.

Os problemas são classificados de maneira a torná-los compreensíveis dentro da forma proposta, para orientar a conduta que pode ser de cunho psicobiológico, psicossocial ou psicoespiritual.

Objetivo nº 4 -- Identificar as necessidades humanas básicas afetadas.

Através dos problemas levantados e classificados, identifica-se as necessidades afetadas, utilizando-se o quadro apresentado. Anexo (I).

Objetivo nº 5 - Classificar a crise segundo Caplan.

Relacionadas e avaliadas as necessidades psicossociais afetadas, consideradas como situação de crise, estas são classificadas em Existenciais ou Situacionais, de acordo com a provisão ou falta de suprimentos básicos que interferem no desenvolvimento da personalidade do indivíduo ou grupo.

Objetivo nº 6 - Estabelecer o nível de prevenção.

Através da relação de ajuda e um estudo dos dados colhidos, é estabelecido o nível de prevenção que pode ser primário, secundário e terciário, segundo o tipo de crise, época em que ocorre (presente, passado, futuro) e o tipo de assistência de enfermagem oferecido.

Para classificação das crises e o nível de prevenção será utilizado o quadro referencial. Anexo (IV).

Objetivo nº 7 - Fazer a prescrição de enfermagem, embora a prescrição de enfermagem constitua-se de medidas que garantem o atendimento das necessidades afetadas para o indivíduo através da promoção da saúde e prevenção da doença ou seu agravamento. A proposta deste estágio está voltada para a assistência aos problemas, ajudando o indivíduo, família ou comunidade a encontrar um verdadeiro sentido da vida, e a enfrentar-se com seus problemas.

O plano assistencial deve ser feito a cada entrevista com a finalidade de orientar a assistência prestada, num processo dinâmico.

O plano para alta visa orientar o paciente ou família ao auto-cuidado, levando-o a enfrentar a sua realidade e modificá-la se possível, de forma consciente.

Objetivo nº 8 -- Fazer evolução, Através dos registros em prontuário, entrevistas, observações e coleta de dados, e o acompanhamento da situação, tendo como parâmetro a relação inicial.

Objetivo nº 9 - Fazer avaliação. Através da comparação dos problemas identificados e das necessidades afetadas e atendidas, registradas no prontuário.

Objetivo nº 10 - Encaminhar pacientes para inter-consulta utilizando o recurso especializado de enfermagem.

Segundo CAMPOS e MARTINS, e a relação entre dois ou mais enfermeiros, que interagem de forma a completarem um diagnóstico de enfermagem, tendo como finalidade garantir o tratamento, a recuperação e a prevenção de complicações. Através da interconsulta, o paciente recebe assistência sem que esta seja compartimentada.

Objetivo nº 11 - Promover ou participar de reuniões com enfermeiros, para exposição e discussão de estudos de caso e desenvolvimento de projeto.

As reuniões serão marcadas previamente, junto à Chefia da Unidade de Internação de Enfermagem, com tempo de duração marcado.

5.4. Instrumentos

- Histórico de enfermagem (Anexo II).
- Fichas de Acompanhamento Individual (Anexo V).
- Fichas para dados estatísticos (Anexo VI).

5.5. Avaliação

Os objetivos de 1 a 9 serão atingidos:

- Totalmente, se os 20 estudos propostos foram realizados;
- Parcialmente, se apenas 50% dos estudos foram realizados;

- Insuficiente, se o nº de estudos realizados for inferior a 50%.

O Objetivo nº 10, será avaliado através dos resultados de encaminhamento e atendimento das interconsultas.

O objetivo nº 11, será avaliado através dos relatórios das reuniões, considerando-se a participação dos membros junto ao projeto.

6 - CRONOGRAMA

- | | |
|---------------|--|
| 22/08 a 06/09 | - Elaboração do projeto. |
| 26/08 | - Participação na Reunião da VIII U.C. de Enfermagem. |
| 09/09 a 11/11 | - Aplicação do projeto em Estágio. |
| 18/09 | - Apresentação do projeto. |
| 10/09 a 12/09 | - Participação no Seminário de Extensão / UFSC. |
| 16/09 a 19/09 | - Participação na apresentação dos projetos da VIII U.C. de enfermagem. |
| 25/09 a 28/09 | - Participação na XIII Jornada Catarinense' de Enfermagem. |
| 06/11 | - Participação na Reunião da VIII U.C. de Enfermagem. |
| 04/11 a 08/11 | - Participação na Semana de Pesquisa/UFSC. |
| 11/11 a 15/11 | - Início da elaboração do Relatório. |
| 15/11 a 24/11 | - Participação no XXXIII Congresso Brasileiro de Enfermagem. |
| 25/11 a 03/12 | - Continuação do Relatório. |
| 04/12 | - Apresentação do Relatório. |
| 09/12 a 12/12 | - Participação da Proposta de currículo - Curso de Graduação em Enfermagem/UFSC. |

HORÁRIO-A SER DESENVOLVIDO- SETEMBRO -

9, 11, 13	- 13 às 17 hs	- Elidia	-	12 hs
	- 17 às 21 hs	- Valéria	-	
10, 12	- 13 às 17 hs	- Valéria, Elídia	-	8 hs
	14 - 8 às 12 hs	- Valéria, Elídia	-	4 hs
16 à 19	- 8 às 12 hs	- Valéria, Elídia	-	16 hs
	20 - 13 às 17 hs	- Valéria, Elídia	-	4 hs
	21 - 8 às 12 hs	- Valéria, Edília	-	4 hs
23, 25, 27	- 13 às 17 hs	- Elídia	-	
	17 às 21 hs	- Valéria	-	12 hs
24, 26	- 13 às 17 hs	- Valéria - Elídio	-	8 hs
	28 - 8 às 12 hs	- Valéria - Elídia	-	4 hs

- OUTUBRO -

30, 02, 04	- 13 às 17 hs	- Elídia	-	
	- 17 às 21 hs	- Valéria	-	12 hs
01, 03	- 13 às 17 hs	- Valéria, Elídia	-	08 hs
	05 - 8 às 12 hs	- Valéria, Elídia	-	04 hs
07, 09, 11	- 13 às 17 hs	- Elídia	-	
	- 17 às 21 hs	- Valéria	-	12 hs
08, 10	- 13 às 17 hs	- Valéria, Elídia	-	08 hs
	12 - 8 às 12 hs	- Valéria, Elídia	-	04 hs
4, 16, 18	- 13 às 17 hs	- Elídia	-	
	17 às 21 hs	- Valéria	-	12 hs
15, 17	- 13 às 17 hs	- Valéria, Elídia	-	08 hs
	19 - 08 às 12 hs	- Valéria, Elídia	-	04 hs
21, 23, 25	- 13 às 17 hs	- Elídia,	-	
	- 17 às 21 hs	- Valéria	-	12 hs
22, 24	- 13 às 17 hs	- Valéria, Elídia	-	08 hs
	26 - 08 às 12 hs	- Valéria, Elídia	-	04 hs

- NOVEMBRO -

28, 30, 31	- 13 às 17 hs	- Elídia	-	
	- 17 às 21 hs	- Valéria	-	12 hs

29, 31	- 13 às 17 hs	- Valéria, Elídia	- 8 hs
02	- 8 às 12 hs	- Valéria, Elídia	- 4 hs
04, 06, 08	- 13 às 17 hs	- Elídia	- 12 hs
	17 às 21 hs	- Valéria	-
05, 07	- 13 às 17 hs	- Valéria, Alídia	- 8 hs
09	- 08 às 12 hs	- Valéria, Elídia	- 4 hs
11	- 13 às 17 hs	- Valéria, Elídia	- 4 hs

Total de Horas: 220 hs

7 - CONCLUSÃO

Partindo dos questionamentos levantados por CAMPOS e MARTINS, e considerando indispensável a continuidade do Projeto, para o atual estágio da prática da enfermagem, demonstrando que é exercida em áreas restritas específicas, de tal forma que o enfermeiro de uma "Especialidade" não participa da assistência em outra área que não aquela limitada ao "Tratar a Doença", e neste processo as necessidades psicossociais que possam interferir na internação e na provável recuperação da capacidade sa dia do ser em pouco ou nada são levadas em conta, é que emerge a proposta deste trabalho.

Segundo os autores e MOFFAT "O modelo conceitual teórico e técnico da terapia de crise, permite operar na metade da gama assistencial, neste espaço vazio de técnicas que existem entre o último divã e o primeiro jaleco". (9).

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - ABRE, Paulo Belmonte de. Consultoria Psiquiátrica em Hospital Geral Universitário: Planejamento da Intervenção da Equipe Médica. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 5 (2): 144 - 148, maio/agosto/1983.
- 2 - BASAGLIA, Franco. A psiquiatria alternativa. Trad. Sônia Joianes e Maria C. Marcondes, São Paulo, Brasil Debates, 1979, 158 p.
- 3 - BELANO, Irene & Passos, Joyce. Enfermagem Clínica, Aspectos Fisiopatológicos e Psicossociais. São Paulo, EPU - EDUSP, vol. 1, 1978.
- 4 - CAMPOS e MARTINS. Interconsulta. Assistência de Enfermagem ao Adulto em situação de crise com aprofundamento das necessidades psicossociais. UFSC - 1985.
- 5 - CAPLAN, Gerald. Princípios de Psiquiatria Preventiva. RJ, Zahar Editoras, 1980.
- 6 - HORTA, Wanda de Aguiar. Processo de Enfermagem. EDU - EDUSP, SP, 1979.
- 7 - KAMIAMA, Y. Assistência Centrada na identidade social: aspectos psicossociais do cuidado de enfermagem ao paciente de hepatite infecciosa. São Paulo, USP, Escola de Enfermagem, 1979. 153 p. / Tese de Livre - Docência.

- 8 - MOFFATT, Alfredo. Psicoterapia do operatório. Trad. Paulo Esmanhoto, São Paulo, Cortez, 1981, 246 p.
- 9 - MOFFATT, Alfredo - Terapia de Crises. Associação de Psicólogos de Buenos Aires. 1981.
- 10 - ORLANDO, Ida Jean et alii. O relacionamento Dinâmico Enfermeiro-Paciente. SP, EDU-EDUSP, 1978.
- 11 - PAIM, ROSALDA Cruz Nogueira. Metodologia Científica em Enfermagem. RJ, Edição da autora, 1980.
- 12 - PAIM, Rosalda Cruz Nogueira. Problemas de Enfermagem e Terapia Centrada nas Necessidades do Paciente. RJ, Editora Gráfica Luna, Ltda, 1978.
- 13 - PAULA, Wilson Kraemer. Esquizofrenia - Abordagens conceituais apontadas por enfermeiros e médicos da grande Florianópolis, e identificados nos autores de En. Psiquiátrica. Florianópolis, UFSC. 1985 - 116 p.
- 14 - PAULA et AlII. UFSC - 1984.
- 15 - SPRICCIGO, Jonas Salomão. Circuitos e Motivos para a primeira internação em Hospital Psiquiátrico. Fpolis. 1983.
- 16 - TRAVELBEE, Joyce et alii. Intervencion en Enfermeria Psiquiátrica: el Proceso de la relacion de persona a persona. Columbia, Carvajal S.A., 1979. 1ª ed.
- 17 - ZACHARJASIEWICZ, Raquel et alII. Projeto de Atuação em Saúde do Adulto em Intercorrências Clínicas no Hospital Colônia Santana. UFSC, 1984.

ANEXO I

Classificação das Necessidades Humanas Básicas

Necessidades Psicobiológicas	Necessidades Psicossociais
<p>Oxigenação</p> <p>Hidratação</p> <p>Nutrição</p> <p>Eliminação</p> <p>Sono e Repouso</p> <p>Exercício e Atividades Físicas</p> <p>Sexualidade</p> <p>Abrigo</p> <p>Mecânica Corporal</p> <p>Motilidade</p> <p>Cuidado Corporal</p> <p>Integridade Cutâneo-Mucosa</p> <p>Integridade Física</p> <p>Regulação: térmica, hormonal, neurológica, hidrossalina, eletrolítica, imunológica, crescimento celular, vascular.</p> <p>Percepção; Olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa</p> <p>Ambiente</p> <p>Terapêutica</p>	<p>Segurança</p> <p>Amor</p> <p>Liberdade</p> <p>Comunicação</p> <p>Criatividade</p> <p>Aprendizagem (Educação à Saúde)</p> <p>Gregária</p> <p>Recreação</p> <p>Lazer</p> <p>Espaço</p> <p>Orientação no tempo e espaço</p> <p>Aceitação</p> <p>Auto-realização</p> <p>Participação</p> <p>Auto-imagem</p> <p>Atenção</p> <p>Necessidades Psicoespirituais: religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida</p>

ANEXO II

Histórico de Enfermagem

I - Identificação do paciente

- Nome
- Sexo
- Idade
- Cor
- Estado Civil
- Profissão
- Religião
- Naturalidade
- Nacionalidade
- Procedência
- Escolaridade
- Nº e idade dos filhos
- Admissão
- Diagnóstico

II - Percepção e/ou Expectativa

- Queixas, medos, preocupações, hábitos, vícios, etc...
- Conhecimento sobre a sua doença atual.
- Experiência(s) anterior(es) com entidade(s) de saúde; número de internações.
- Abertura para o paciente fazer perguntas.
- O que espera da Instituição e equipe de saúde

III - Problemas relacionados com as necessidades humanas básicas.

Necessidades Psicobiológicas

01 - Oxigenação

- a) Respiração
- b) Tosse
- c) Expectoração
- d) Corisa
- e) Oxigenoterapia

02 - Hidratação

- a) Volume
- b) Frequência
- c) Preferência
- d) Hábitos relacionados a ingesta

03 - Alimentação

- a) Appetite
- b) Intolerância
- c) Mastigação
- d) Hábitos alimentares
- e) Dependência na alimentação
- f) Deglutição e digestão
- g) Tipo de alimentos ingeridos

04 - Eliminação

- a) Intestinal
- b) Urinária
- c) Menstrual
- d) Drenagens
- e) Vômitos

05 - Sono e Repouso

- a) Características
- b) Hábitos relacionados
- c) Problemas que dificultam
- d) Outros problemas relacionados

06 - Atividades Físicas

- a) Exercícios e atividades físicas praticadas
- b) Problemas que dificultam a realização de atividades físicas e alterações provocadas pelas mesmas.
- c) Mecânica corporal (postura, atividade motora)

07 - Integridade Física

- a) Amputação
- b) Deformidade
- c) Próteses
- d) Problemas relacionados ao uso de prótese

08 - Integridade cutâneo-mucosa

- a) Pele
- b) Couro cabeludo
- c) Olhos e pálpebras
- d) Ouvidos
- e) Boca
- f) Nariz
- g) Língua
- h) Dentes
- i) Garganta
- j) Ânus
- l) Órgãos genitais
- m) Abdômem

09 - Cuidado Corporal

- a) Necessidade higiênica
- b) Necessidade de tricotomia

10) - Regulações

Térmica

- a) Alterações
- b) Fatores que interferem na regulação
- c) Outros problemas relacionados

Hormonal

- a) Alterações
- b) Problemas terapêuticos relacionados
- c) Outros problemas relacionados

Neurológica

- a) Níveis de consciência
- b) Convulsões
- c) Crises Conversivas
- d) Vertigens

Hidroeletrolítica

- a) Sede
- b) Outras manifestações de perda de líquido
- c) Retenção de líquidos

Vascular

- a) Pulso
- b) Pressão arterial
- c) Pressão venosa central

Crescimento celular

- a) Problemas gerais
- b) Problemas relacionados com a quimioterapia
- c) Problemas relacionados com a radioterapia

11 - Percepção dos órgãos dos sentidos

- a) Visual
- b) Auditiva
- c) Olfativa
- d) Tátil
- e) Gustativa
- f) Dolorosa

12 - Terapêutica -

- a) Condições dos músculos para terapia intra-muscular
- b) Condições da rede venosa para terapia endo-venosa
- c) Necessidade de terapêutica específica

13 - Sexualidade e Reprodução

- a) Problemas relacionados com os órgãos genitais
- b) Problemas relacionados com a vida sexual

14 - Segurança Física

- a) Necessidade de prevenção de quedas
- b) Necessidade de isolamento
- c) Necessidade de prevenção de fugas

15 - Meio Ambiente

- a) Necessidade de medidas específicas relacionadas ao ambiente hospitalar e/ou residencial.

Necessidades Psicossociais e Espirituais

16 - Segurança emocional

17 - Amor, afeto; atenção

18 - Auto-imagem; aceitação; auto-estima

19 - Auto-realização

20 - Liberdade; participação

21 - Comunicação

22 - Criatividade

23 - Gregária

24 - Recreação; lazer

25 - Espaço

26 - Educação para a saúde - aprendizagem

27 - Religiosa; ética

IV - Impressões do entrevistador sobre o entrevistado.

ANEXO III

Roteiro proposto para observação do paciente

EXPRESSÃO DO RACIOCÍNIO	EXPRESSÃO AFETIVA	PERCEPÇÕES COMPORTAMENTAIS
Alucinações	Senso de valor pessoal	Comportamento expressivo
Delírios	Tendências Suicidas e homicidas	Recreação à hospitalização, ajustamento
Conteúdo e modo da linguagem	Desconfiança	Interação social
Linguagem	Dependência	Preocupação do momento ou <u>me</u> do
Voz e fala	Sedução	Distúrbios comportamentais (tiques)
Coerência	Manipulação	Comunicação, participação
Respostas desconexas	Aceitação ou rejeição de ordens dadas	Minucioso e compulsivo, agitado, amigável; dependente; agitação psicomotora
Repetição	Demonstração afetiva inadequada	
Monotomia ou Exuberância ao falar	Inconstância no equilíbrio do humor	
Domina a conversação	Irritabilidade	
Atrai a conversa para sua pessoa	Choros frequentes repentinos e imotivados	
Dificuldade de se expressar	Risos imotivados	
Neologismos	Dificuldade para expressar o que sente	
Expressa idéias com clareza e lógica	Serenidade e conformidade	
Responde somente com monossílabos	Aceitação das circunstâncias da vida que não podem ser alteradas	
Hipermnésia		
Logorréia	Habilidades para efetuar mudanças	
Atenção Superficial		

Linguagem vulgar	Capacidade para resolver situações	
Sarcástico	Relação e emoção negativa	
Idéias de perseguição	Agressividade	
Acha que as pessoas são injustas com ele	Ansiedade Agitação	
Nega apresentar distúrbios mentais	Apatia	
Apresenta somatizações	Hospitalidade Euforia	
Reconhece o seu distúrbio mental	Fobias	
Apresenta idéias e raciocínio infantil	Maneirismos Repentinismos	
Expressa idéias de suicídio ou homicídio	Depressão Exibicionismos	
Pragmático ou apromático	Negativismo	
	Abivalência	
Qual o nível de consciência e compreensão própria	Sentimentos de culpa	
Confusão	Sentimento de perda	
Perda de memória		
Perturbação de orientação		

QUADRO II (8)

DESVIO DO EQUILÍBRIO DE AJUSTAMENTO SOCIAL	DESVIO DO EQUILÍBRIO DE AFETIVIDADE
<p>Desajustamento interpessoal</p> <p>Isolamento</p> <p>Dependência</p>	<p>Desconfiança</p> <p>Ansiedade</p> <p>Agressividade</p> <p>Agitação</p> <p>Apatia</p> <p>Hospitalidade</p>
DESVIO DE EQUILÍBRIO DA EXPRESSÃO E RACIOCÍNIO	SITUAÇÕES DE EQUILÍBRIO
<p>Delírio</p> <p>Dificuldade de comunicar</p> <p>Obnubilação</p> <p>Incoerência</p>	<p>Euforia</p> <p>Regressão</p> <p>Exibicionismo</p> <p>Negativismo</p> <p>Sentimento de culpa</p> <p>Tendência suicida</p> <p>Auto depreciação</p> <p>Fobias</p>

ANEXO IV

Quadro Referencial de Crises Existenciais e Situacionais

Existenciais	Situacionais
<ul style="list-style-type: none"> - nascimento - pré-escolar - escolar - adolescência - profissionalização - casamento - adulto - gravidez - parto - menopausa - andropausa - idoso - morte 	<ul style="list-style-type: none"> - rejeição - superproteção - acidentes - perdas - desemprego - separação - brigas, conflitos - não casamento - esterilidade - doenças - vícios - dor, luto - ingresso na Universidade - cirurgias - aposentadorias - mudança

Diagnóstico por natureza:

Diagnóstico por extensão:

Prognóstico:

Evolução e Avaliação: