

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**DENISE MARQUES DA FONTE**

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA PROPOSTA  
PARA QUALIFICAR**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**DENISE MARQUES DA FONTE**

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA PROPOSTA  
PARA QUALIFICAR**

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

**Profa. Orientadora: Dra. Jessica Adrielle  
Teixeira Santos**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA PROPOSTA PARA QUALIFICAR** de autoria do aluno **DENISE MARQUES DA FONTE** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

---

**Profa. Dra. Jessica Adrielle Teixeira Santos**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## **DEDICATÓRIA**

Para M.A. Caliri (*in memoriam*), motivo primário de minha busca incessante de aprendizado, conhecimento, dedicação e qualificação, para cada dia mais cuidar melhor dos meus pacientes com sofrimento psíquico. Com amor.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>03</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>12</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>13</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>19</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>20</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>22</b>

## RESUMO

O cuidado na atenção psicossocial é realizado por uma equipe multidisciplinar, incluindo a enfermagem. A comunicação entre os profissionais desta equipe, muitas vezes se dá apenas através dos prontuários do usuário, sendo assim as anotações e registros de enfermagem um documento importante. Entretanto, a partir de um olhar crítico sobre a rotina profissional, constatou-se que este registro vem se perdendo ao longo do tratamento, devido a informações ausentes e incompletas sobre a evolução do usuário. Nesse sentido, e considerando a importância de qualificar as anotações de enfermagem na atenção psicossocial, este estudo tem por objetivo propor um roteiro que auxilie a equipe de enfermagem no registro dos cuidados prestados, da evolução diária do usuário e dos aspectos psicopatológicos, onde pequenos detalhes são importantes. O arcabouço teórico para construção do roteiro de anotação em da equipe de enfermagem foi construído mediante revisão da literatura e consulta aos principais livros em Psiquiatria, além de consulta aos artigos científicos disponíveis online em bases de dados indexadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram considerados aspectos psicopatológicos importantes na atenção psicossocial, possibilitando a construção de um impresso exclusivo para a equipe de enfermagem, que a norteie em seus registros textuais nos prontuários dos usuários. Este estudo colabora para a valorização do ponto de vista observacional da enfermagem, com a continuidade da assistência prestada e maior inserção da enfermagem na equipe multidisciplinar.

**Palavras-chave:** Atenção psicossocial; Enfermagem; Registros de enfermagem; Saúde Mental; Cuidado.

## 1 INTRODUÇÃO

O cuidado na atenção psicossocial é caracterizado por um atendimento multidisciplinar e de abrangência territorial e comunitária, onde o sujeito é percebido de forma global e holística em sua singularidade. A proposta de um trabalho em equipe interdisciplinar surge como uma ruptura e transformação do modelo de assistência anterior, hospitalocêntrico, garantindo ao usuário um atendimento integral e humanizado.

Antunes e Queiros (2007) descrevem que a perspectiva multiprofissional reside na concepção de que o conhecimento sobre o ser humano se processa em campos ampliados, e não em mundo particulares e isolados. Desta forma, entre as diversas áreas do saber que assistem o paciente no seu processo de cuidar em saúde mental, enfermagem se insere, acompanhando o usuário de forma contínua, nas 24 horas.

A comunicação entre os profissionais desta equipe multidisciplinar, muitas vezes se dá apenas através dos prontuários do usuário. No caso específico da enfermagem, tem-se as anotações e registros de enfermagem um documento importante.

Zoehler e Lima (2000) acreditam que a comunicação e as informações trocadas entre os profissionais de saúde são fundamentais para a continuidade do cuidado, tendo em vista as diversas equipes envolvidas em um mesmo serviço. Esta comunicação se dá, na enfermagem, de forma oral e escrita, através das anotações e registros e da passagem de plantão, onde se transmite as informações de um turno para outro.

No que tange os aspectos ético-legais, o Conselho Federal de Enfermagem, em seu código de ética, destaca em diversos momentos a importância dos registros de enfermagem, como no Art.68, que define como dever da equipe de enfermagem “Registrar no prontuário e em outros documentos próprios da Enfermagem informações referentes ao processo de cuidar da pessoa” (COFEN, 2007, p.07).

Segundo o COREN/PR apud Mazza et al (2001), cabe ao técnico de enfermagem executar os registros acerca dos clientes que estão sob seus cuidados, ficando o enfermeiro também responsável pelas anotações de enfermagem, quando pertinente. Isso nos mostra que, na legislação, não há uma obrigatoriedade de que os registros sejam executados pelo enfermeiro, o

que reflete na realidade, onde a maior frequência de anotações de enfermagem nos prontuários dos usuários se dá pelos profissionais de nível médio. (MATSUDA, 2006).

Segundo Pedreira, Soares e Pinto (2012), a maioria dos estudos sobre registro de enfermagem é realizado pelas áreas de Fundamentos de Enfermagem e Enfermagem Médico-Cirúrgica. Após levantamento bibliográfico realizado na base de dados do BVS (Biblioteca virtual de Saúde), utilizando os descritores “Registros de enfermagem” e “atenção psicossocial”, foram encontrados apenas três artigos científicos, todos da plataforma MEDLINE e no idioma inglês. Tal fato indica a carência de estudos voltados para atenção psicossocial.

No caso específico na atenção em saúde mental, as anotações seguem a um padrão diferente de documentação, pois além dos aspectos mais fisiológicos e instrumentais do cuidado, deve englobar informações referentes ao estado atual e evolução do paciente nos aspectos psicológicos e comportamentais, tal como o exame do estado psíquico, de fundamental importância para o acompanhamento do tratamento e redirecionamento da conduta terapêutica (BERTOCELLO; FRANCO, 2001).

Como enfermeira líder na enfermagem de um hospital psiquiátrico, pude perceber que nem sempre as anotações de enfermagem retratam o real cuidado prestado ao usuário e evolução do quadro clínico, muitas vezes se limitando às questões fisiológicas e cuidados instrumentais, como opinam Pedreira, Soares e Pinto (2012, p.1), quando trazem que “os registros não relatam conduta de enfermagem na maioria das vezes”.

Desta forma, a motivação para a realização deste estudo adveio da observação da prática cotidiana e dos problemas identificados, principalmente nas anotações da equipe de enfermagem nos prontuários dos usuários de uma determinada enfermaria. Foi possível observar a carência de informações acerca dos usuários nas anotações de enfermagem, divergente das práticas assistências. Percebi que o cuidado prestado não era deveras relatado nos prontuários, perdendo-se informações importantes acerca da evolução clínica do usuário.

Nesse sentido, e considerando a importância de qualificar as anotações de enfermagem na atenção psicossocial, a fim de melhorar a continuidade da assistência e comunicação entre os diversos membros da equipe, este estudo tem por objetivo propor um roteiro que auxilie a equipe de enfermagem no registro dos cuidados prestados, da evolução diária do usuário e dos aspectos psicopatológicos, onde pequenos detalhes são importantes.



## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O cuidado no âmbito da saúde é mais que um ato: é uma atitude. Assim, engloba um momento de atenção, zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. O cuidado envolve duas significações básicas, interligadas. Primeiramente se dá a atitude do desvelo, atenção, solicitude; onde é necessário observar o outro atenciosa e sensivelmente. Na segunda etapa se dá a preocupação e inquietude, pois a pessoa que recebe o cuidado se envolve e se liga afetivamente com o outro. (BOFF, 1999).

O cuidar/cuidado é o núcleo da prática de enfermagem em atenção psicossocial, manifestada de diversas formas e meios, permitindo o surgimento de métodos e instrumentos de trabalho a todo momento. Segundo Reppetto e Souza (2005, p.326), para a prática cotidiana do cuidado, a equipe de enfermagem “necessita de instrumental conceitual e técnico para abordar a realidade da prática. O método é a organização, a sistemática racional de ações para alcançar os objetivos da assistência”.

Este cuidado amplo e diversificado pouco é registrado no prontuário dos usuários, muitas vezes se perdendo ao longo do tratamento. O registro das ações de enfermagem também é um indicador de qualidade da assistência prestada. Pouca documentação, anotações incompletas e repetições rotineiras de cuidados instrumentais sugerem uma má prática de enfermagem e a informação do cuidado acaba por se perder. (MARTIN, 1994).

De acordo com Potter & Perry (1999, p.166) “O registro é um aspecto vital da prática de enfermagem. Ao longo do tempo, a forma e a qualidade do registro evoluíram, porém o foco continua a ser o impacto positivo do cuidado sobre o cliente”.

As anotações de enfermagem têm por finalidade não apenas estabelecer a comunicação entre os diversos profissionais envolvidos no cuidado ao usuário e avaliação da assistência prestada, mas também servir de base para a elaboração do projeto terapêutico, plano assistencial; é o acompanhamento da evolução do usuário, uma vez que se dá de forma diária e contínua; constitui uma documentação legal, tanto para o paciente quanto para o profissional, referindo-se

ao cuidado prestado e ainda contribui para auditoria, ensino e pesquisa em enfermagem (Setz, D’Innocenzo, 2009).

Na atenção psicossocial, as anotações devem englobar não apenas os aspectos físicos e fisiológicos, como exame físico, alimentação e eliminações vesico-intestinais, mas os aspectos psicossociais do usuário. Isto compreende a aparência, atitude, consciência, sensopercepção, memória, linguagem, pensamento, volemia, psicomotricidade, afetividade, humor e orientação (TAYLOR, 1992).

A aparência do sujeito pode estar cuidada ou descuidada. Quando descuidada, ele apresenta uma higiene corporal comprometida, roupas em desalinho, sujas ou rasgadas, odores fortes, cabelos despenteados, unhas e/ou barba por fazer e afins. Cheniaux (2013) diz que a aparência do paciente pode ser classificada em adequada, bizarra e exibicionista. O autor exemplifica bizarro como “destoante do usual do ambiente do indivíduo, qualitativamente diferente ou apenas exagerada em relação ao padrão da maioria das pessoas” (2013, p.14); a aparência exibicionista se dá com a exposição excessiva do corpo, mais frequente em usuários com aumento da libido, episódios de mania ou comportamento sedutor.

A atitude ou comportamento do usuário se refere à forma como ele se relaciona com os outros, principalmente em relação à equipe multidisciplinar. Dentre os aspectos psicopatológicos, ela é o mais amplo, compondo-se da fala, dos gestos, movimentos corporais e mímicas. Alguns comportamentos do sujeito são considerados esperados, desejáveis, como a atitude cooperante, amistosa, interessada e de confiança, e ocorrem quando há consciência de morbidade. Quando não há ou diante de uma crise, o usuário pode se apresentar de forma não cooperativa, resistente,positor, hostil, suspicaz, dentro outros (CHENIAUX, 2013).

Em casos de transtornos de humor, na fase de mania, o usuário pode apresentar uma atitude expansiva, desinibida, hostil, irônica e até jocosa. Na fase depressiva, a atitude se torna lamuriosa, indiferente. Já usuários esquizofrênicos, em quadros paranoides, apresentam uma atitude suspicaz, querelante, hostil e até mesmo de fuga. Em alguns casos, como da hebefrenia, surge uma atitude pueril. E usuários com transtorno de personalidade aparecem atitude sedutora, manipuladora e hostil. (CHENIAUX, 2013).

Em relação à consciência, a maioria dos usuários de atenção psicossocial encontra-se com lucidez de consciência. Uma alteração significativa, de ordem clínica e que deve ser observada é o *delirium*. O *delirium*, por definição “é um quadro agudo que se caracteriza por com prejuízo cognitivo global, com rebaixamento do nível de consciência. Todas as demais alterações psicopatológicas são decorrentes do rebaixamento da consciência” (CHENIAUX, 2013, p.26). No *delirium*, o nível de consciência flutua ao longo do dia, com piora no período noturno. Este é decorrente de uma perturbação difusa no mecanismo cerebral, podendo ser ocasionado por intoxicações exógenas, abstinência a drogas (incluindo benzodiazepínicos), infecções (sepses, meningites), encefalopatias, epilepsia, traumatismo crânio-encefálico, doenças degenerativas cerebrais, entre outros (CHENIAUX, 2013).

A sensopercepção é o atributo psíquico no qual o indivíduo reflete subjetivamente a realidade objetiva. Ela se fundamenta na capacidade de perceber e sentir. Neste aspecto, investigam-se os transtornos do eu sensorialmente projetados, simultâneos à percepção verdadeira, ou seja, experiências ilusórias ou alucinatórias que são acompanhadas de profundas alterações do pensamento. (CHENIAUX, 2013).

Ilusão é a percepção deformada da realidade, de um objeto real e presente, uma interpretação errônea do que existe. Sobre a imagem alucinatória, Cabaleiro Goas (1966) diz que esta possui uma corporeidade, projetando-se no espaço exterior, sendo aceita como realidade e não sendo influenciada pela vontade.

Já a alucinação é uma falsa percepção, que consiste no que se poderia dizer uma “percepção sem objeto”, aceita por quem faz a experiência como uma imagem de uma percepção normal, dadas as suas características de corporeidade, vivacidade, nitidez sensorial, objetividade e projeção no espaço externo. São significativas as alucinações verdadeiras (aquelas que tendem a todas as características da percepção em estado de lucidez), as pseudoalucinações (mais representação do que realmente percepção; os relatos são vagos), as alucinações com diálogo em terceira pessoa, fenômenos de repetição e eco do pensamento, sonorização, ouvir vozes (CHENIAUX, 2013).

Sobre a memória e o aprendizado, Kandal e cols. (2003), dizem que o aprendizado é o processo pelo qual adquirimos conhecimento acerca das coisas do mundo; já a memória

representa o armazenamento que fazemos deste conhecimento. Tais informações armazenadas dizem respeito às nossas experiências perceptivas e motoras, assim como emoções e pensamentos. A memória acaba sendo um elo temporal entre a vida psíquica – passado, presente e futuro. Ela permite a integração de cada momento.

Há cinco dimensões principais do seu funcionamento: percepção, fixação, conservação, evocação e reconhecimento. A percepção é a forma como o sujeito percebe os fatos e atitudes em seu cotidiano e os reconhece psiquicamente. A fixação trata da capacidade de gravar essas imagens na memória. A conservação se refere a tudo que o sujeito guarda para o resto da vida; a memória aparece como um todo e é um processo tipicamente afetivo. A evocação é a atualização dos dados fixados – nem tudo pode ser evocado. Cabe ressaltar aqui que nada é fixado e evocado de maneira anárquica: há dependência das associações que estabelecem entre si (semelhança, contraste, oposição, contiguidade e causalidade). O reconhecimento é o momento em que fica mais difícil detectar onde e quando determinado fato aconteceu no tempo e no espaço (CHENIAUX, 2013).

A função mnésica pode ser avaliada pela rapidez, precisão e cronologia das informações que o próprio paciente dá, assim como a observação da capacidade de fixação. A maior parte das alterações da memória é proveniente de síndromes orgânicas, sendo estas a amnésia, hiper ou hipomnésia (CHENIAUX, 2013).

A comunicação é o meio que permite ao indivíduo transmitir e compreender mensagens. A linguagem é a forma mais importante de expressão da comunicação. A linguagem verbal é a forma mais comum de comunicação entre as pessoas. A linguagem é considerada como um processo mental predominantemente consciente, significativo, além de ser orientada para o social. É um processo dinâmico que se inicia na percepção e termina na palavra falada ou escrita e, por isso, se modifica constantemente. (CHENIAUX, 2013).

Neste estudo nos interessa a linguagem falada e escrita. Sua normalidade e alterações estão intimamente relacionadas ao estudo do pensamento, pois é pela linguagem que ele passa ao exterior. O usuário da atenção psicossocial pode apresentar algumas alterações significativas na linguagem, como disartrias e afasias. A disartria ocorre quando há uma má articulação das

palavras e a afasia é a perturbação por danos cerebrais que acarretam na dificuldade ou incapacidade de compreender e utilizar símbolos verbais.

Ocorrem também a verbigeração, caracterizada pela repetição incessante de palavras ou frases; parafasia, emprego inapropriado de palavras com sentidos parecidos; neologismos; mussitação, identificado como a voz murmurada em tom baixo; logorreia, com fluxo intenso e incoercível das palavras; ecolalia, apresentada como a repetição da última palavra do outro, como um eco; jargonofasia, que representa uma salada de palavras, com uma completa desorganização do pensamento (CHENIAUX, 2013).

Há ainda o solilóquio, a cropolalia, glossolalia, maneirismos e pedolalia. O solilóquio se refere ao comportamento de falar sozinho, manifestação indicativa de alucinação auditiva. Na cropolalia, o discurso se caracteriza por conter palavras obscenas, vulgares ou relacionadas a excrementos. Na glossolalia, o sujeito fala como se utilizasse outra língua, produzindo sons ininteligíveis, porém mantendo aspectos prosódicos da fala normal. Nos maneirismos verbais, a fala se apresenta de forma pouco natural, afetada, com uso de palavras rebuscadas, exagero no formalismo e uso excessivo de diminutivo e gírias. Já na pedolalia, a voz se torna pueril e a fala infantilizada (CHENIAUX, 2013).

O pensamento é a antecipação de acontecimentos, a construção de modelos de realidade e simulação do seu funcionamento. Por meio do pensamento (ou do raciocínio), o ser humano é capaz de manifestar suas possibilidades de se adaptar ao meio. É por ele que se elaboram conceitos, articulam-se juízos, constrói-se, compara-se, solucionam-se problemas, elaboram-se conhecimentos adquiridos, ideias, transforma-se e se cria (CHENIAUX, 2013).

Para Nobre de Melo (1981), o pensamento é sustentado fundamentalmente pela tríade de atributos intelectivos: a compreensão intelectual, a ideação, a imaginação e a associação de representações e ideias. Elie Cheniaux (2013, p.82) corrobora com o autor quando diz que:

A ideia difere da imagem representativa por ser imaterial, geral, abstrata, não sendo possível reduzi-la ao sensorial. Associação é o processo psíquico pelo qual são estabelecidas relações significativas entre as imagens perceptivas, representativas e imaginativas e as ideias. As conexões do pensamento se fazem passivamente quando o processo associativo segue de leis de semelhança, de contraste ou de contiguidade (no tempo e espaço). Mas o

pensamento também pode possuir uma tendência dominante, que direciona ativamente a uma certa finalidade: o processo associativo é impulsionado por uma ideia fundamental (ou ideia alvo, ou representação-diretriz).

O pensamento pode ser avaliado quanto ao seu curso, forma e conteúdo. O curso se refere à velocidade com que o pensamento é expresso (e pode ir do acelerado ao retardado, passando por variações), ao ritmo e à quantidade de ideias. Como alterações do curso do pensamento, o sujeito pode apresentar a fuga de ideias, interceptação ou bloqueio, prolixidade, descarrilamento, perseveração. A fuga de ideia ocorre quando o paciente muda de assunto a todo instante, sem concluí-los ou dar continuidade, numa aceleração patológica do fluxo do pensamento; é a forma extrema do taquipsiquismo, comum em episódios de mania. A interceptação ou bloqueio é quando há uma interrupção brusca do que vinha falando e o usuário pode retomar o assunto como se não o tivesse interrompido. Ela é mais comum em quadros de esquizofrenia (CHENIAUX, 2013).

A prolixidade é um discurso detalhista, cheio de rodeios e repetições, com um toque de circunstancialidade; há introdução de temas e comentários não-pertinentes ao que se está falando. O descarrilamento se dá com uma mudança súbita do que se está falando. Já a perseveração, é quando há uma repetição dos mesmos conteúdos de pensamento, bastante comum nos casos de demência (CHENIAUX, 2013).

A forma do pensamento, por sua vez, está relacionada com a estrutura do pensar, com a relação entre as ideias. É a forma como o conteúdo do pensamento é expresso. O pensamento abriga um encadeamento coerente de ideias ligadas a uma carga afetiva, que é transmitida pela comunicação. As desordens da forma podem ocorrer decorrentes de perdas (orgânicas) ou deficiência (oligofrenia) qualitativas ou quantitativas de conceitos ou por perda da intencionalidade (fusão ou condensação, desagregação ou escape do pensamento, pensamento imposto ou fabricado), onde pode se compreender as palavras que são ditas, mas o conjunto é incompreensível, cessando-se os nexos lógicos, usualmente apresentados em casos de esquizofrenia. Cabe ressaltar que o curso do pensamento pode ser apresentado de forma normal, porém a forma pode estar alterada, contendo ideias frouxas, com o fluxo inconstante, desconexo (CHENIAUX, 2013).

Já o conteúdo do pensamento diz respeito à temática, característica das ideias, às qualidades. As perturbações no conteúdo do pensamento estão associadas a determinadas alterações, como as obsessões, hipocondrias, fobias e especialmente os delírios. Para se classificar uma ideia como delirante deve-se levar em conta alguns aspectos, como a incorrigibilidade (não há como modificar a ideia delirante por meio de correções); a ininfluenciabilidade (a vivência é muito intensa no sujeito, chegando a ser mais fácil o delirante influenciar a pessoa dita normal); a incompreensibilidade (não pode ser explicada logicamente) (CHENIAUX, 2013).

O delírio é uma convicção íntima e inamovível, contra a qual não há argumento. Os delírios são juízos patologicamente falsos, que possuem como características externas uma convicção extraordinária, não sendo susceptível à influência e possuindo um conteúdo impossível. O delírio constitui uma alteração relacionada à formação de juízos, onde discernimos a verdade do erro (JASPERS, 1987).

Cheniaux (2013) nos traz a categorização dos delírios como primários, secundários e ideias sobrevaloradas. O delírio primário se apresenta como núcleo da patologia, é a ideia delirante autêntica, não derivando de nenhuma outra manifestação psíquica patológica. O delírio secundário, também chamado de ideia deliróide, se origina de forma compreensível psicologicamente de outras manifestações. Como exemplos de ideias deliróide pode-se citar a culpa nos casos de depressão, ideias de grandeza na mania e as ideias de influência relacionada às alucinações cenestésicas. Já a ideia sobrevalorada é “uma ideia errônea por superestimação afetiva. O erro decorre do fato de a ideia estar relacionada a uma carga afetiva muito intensa, que influencia o julgamento da realidade” (CHENIAUX, 2013, p.96).

A volemia está relacionada com a vontade e o impulso. O impulso traduz um estado interno, uma vivência afetiva, que induz o sujeito a atuar, buscando satisfazer uma necessidade, quase sempre corporal. A vontade faz parte de um processo psíquico de escolha entre uma possibilidade de ação dentre diversas, uma atividade consciente de direcionamento da ação. Ela forma uma elaboração cognitiva a partir dos impulsos, sofrendo influências de fatores socioculturais e intelectuais (CHENIAUX, 2013).

Como alterações da volemia, encontram-se a hipobulia, a hiperbulia, enfraquecimento ou intensificação dos impulsos. A hipobolia retrata uma diminuição da vontade, caracterizada por uma sensação de apatia, indisposição, fraqueza, desânimo, prostração e falta de energia. É frequente em casos de depressão, esquizofrenia e no uso crônico de neurolépticos. Já a hiperbulia é o oposto: o sujeito apresenta um sentimento de força, energia, disposição. Observa-se a hiperbulia principalmente em casos de mania, onde há um aumento da iniciativa, espontaneidade e desinibição (CHENIAUX, 2013).

As alterações nos impulsos resultam em um debilitamento das tendências naturais à satisfação das necessidades corporais. Quando enfraquecidos, ocorre a anorexia (perda da fome), insônia (perda do sono) e perda da libido. Já com a intensificação dos impulsos, o sujeito apresenta bulimia (aumento patológico do apetite), potomania (aumento excessivo da sede), hipersonia (sono em excesso) e aumento patológico da libido, denominado satiríase, em casos de homens, e ninfomania, nas mulheres. (CHENIAUX, 2013).

Todo movimento humano objetiva satisfação de uma necessidade consciente ou inconsciente. A psicomotricidade pode ser observado a todo momento e se refere a forma de deambulação, gestual, fala, mímicas, movimentos estereotipados e ecopraxia, que se dá quando há repetição automática e despropositada de ações motoras realizadas por outra pessoa (CHENIAUX, 2013).

A afetividade revela a sensibilidade intensa da pessoa frente à satisfação ou frustração das suas necessidades. Cabe aqui a tonalidade afetiva com que alguém se relaciona, as ligações afetivas que o paciente estabelece com a família e com o mundo, através da relação com o outro e com o que ocorre no mundo. Alterações na afetividade resultam em estados de euforia, tristeza, irritabilidade, angústia, ambivalência e labilidade afetivas, incontinência emocional, etc. (CHENIAUX, 2013).

O humor, por sua vez, é mais superficial e variável que a afetividade. De acordo com Cheniaux (2013), ele se mostra como uma emoção difusa e prolongada, que matiza a percepção que a pessoa tem do mundo. O humor constitui um estado afetivo basal e fundamental, que oscila entre os polos de alegria, tristeza e irritabilidade, assim como entre calma e ansiedade. Quando



alterado, pode ser classificado como hipertímico (humor exaltado), hipotímico (baixa de humor) e distímico (quebra súbita da tonalidade do humor durante um período de tempo).

A orientação é a capacidade de se situar em relação a si mesmo, ao tempo e ao espaço. Consiste na convergência de diversas funções psíquicas, como a percepção, memória, pensamento, atenção, afeto e inteligência. Esta se subdivide em auto e alopsíquica. A orientação autopsíquica é relacionada a própria pessoa, um dos elementos de consciência do eu. Já a alopsíquica se refere ao mundo externo, ao outro, ao tempo e ao espaço. Suas alterações são denominadas desorientação e podem ser total ou parcial, auto ou alopsiquicamente (CHENIAUX, 2013).

### 3 MÉTODO

A tecnologia de cuidado escolhida para este estudo foi a tecnologia de concepção, que segundo Prado et al. (2009), consiste na elaboração de um projeto para o cuidado de enfermagem, contribuindo para a práxis profissional, dando ao profissional um olhar sistematizado para seu cotidiano.

Assim, com o intuito de inserir na realidade prática, uma inovação da assistência formulada mediante processo de reflexão e problematização do cotidiano profissional, foi elaborado uma proposta de um roteiro de anotação em enfermagem em hospital público psiquiátrico na cidade do Rio de Janeiro. (Apêndice A).

O estudo foi realizado durante a prática profissional como enfermeira de um hospital psiquiátrico público, localizado no Município do Rio de Janeiro, referência não apenas como assistência, mas para ensino e pesquisa. É um hospital de grande porte, que dispõe de unidades de internação de crise, emergência, hospital-dia, assistência ambulatorial, unidade para dependentes químicos, além de um centro de estudo e núcleo de residência médica e multidisciplinar.

O arcabouço teórico para construção do roteiro de anotação em da equipe de enfermagem foi construído mediante revisão da literatura e consulta aos principais livros em Psiquiatria, além de consulta aos artigos científicos disponíveis *on line* em bases de dados indexadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Por não se tratar de uma pesquisa com seres humanos propriamente dita, mas da construção de uma tecnologia de cuidado, não se fez necessário submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre situações assistenciais específicas.

#### 4 RESULTADO E ANÁLISE

A proposta de um impresso que norteie a equipe de enfermagem nas anotações e registros adveio da observação na prática cotidiana, esta mais intensificada entre junho e outubro de 2013. Por meio da observação de prontuários dos usuários que internavam em uma determinada enfermaria, percebeu-se que grande parte dos registros realizados era da equipe de enfermagem, porém com informações ausentes ou repetitivas acerca da evolução clínica do usuário.

Os poucos registros contidos nos prontuários limitavam-se a relatar apenas aos cuidados clínicos e instrumentais prestados e apenas dois itens da avaliação psíquica: orientação/consciência. Diversas ocorrências com os usuários ao longo do período do plantão passavam despercebidas nos registros feitos pela equipe de enfermagem. Quando questionados acerca de alterações de quadros clínicos ou psicopatológicas, os profissionais de enfermagem transmitiam satisfatoriamente a informação solicitada, porém sem nenhum registro dessas informações no prontuário, que pudesse comprovar a veracidade do que diziam.

Na instituição em estudo, é ofertado aos profissionais da atenção psicossocial, em especial à equipe de enfermagem, cursos de atualização e aperfeiçoamento da assistência em saúde por meio de educação continuada. Estes cursos são ministrados por profissionais da própria instituição, membros do corpo diretor institucional e convidado externo. Os temas são variados e surgem da demanda da própria equipe, permeando legislações, contextualização histórica da psiquiatria, políticas de saúde, psicopatologia, rotina das equipes, entre outros.

Diante desta dualidade, questionou-se a razão dos registros serem tão pobres em informações, uma vez que os profissionais possuam conhecimento técnico-científico suficiente para identificar e registrar muito mais do que o apresentado nos prontuários dos usuários de um modo geral. Percebeu-se que a escassez de informações registradas ocorria não na observação nem no cuidado prestado, mas na transcrição para a forma escrita dos cuidados e abordagens realizados.

Alguns profissionais, quando indagados, ratificavam a importância dos registros diários de usuários do serviço, principalmente para a continuidade da atenção e cuidado em Saúde Mental.

A evolução do quadro clínico ocorre semelhante a uma história contada, dia após dia, gradativamente. A visita de um familiar ou amigo, por exemplo, pode influenciar em uma mudança de quadro daquele sujeito, mesmo que não naquele momento.

Diante dos fatos acima exposto, a construção de um impresso que auxilie a equipe de enfermagem nas anotações dos cuidados realizados e/ou prescrições de assistência a serem realizadas, facilita e otimiza a rotina profissional, além de organizar as informações clínica, alterações psicopatológicas.

Durante a pesquisa, não foi encontrado um impresso de atenção psicossocial voltado para a equipe de enfermagem. Encontraram-se apenas roteiros de avaliação médica e a súmula psicopatológica, utilizada pelos médicos, principalmente residentes.

A partir da revisão da literatura e consulta aos principais livros em Psiquiatria, destacou-se como pontos importantes para construção deste impresso, o registro dos seguintes aspectos: aparência, atitude, consciência, sensopercepção, memória, linguagem, pensamento, volúmia, psicomotricidade, afetividade, humor e orientação. O impresso construído e proposto se encontra no apêndice A desta pesquisa.

No que diz respeito à aparência do usuário, deve-se observar se esta está cuidada ou descuidada, através da higiene corporal e da vestimenta. A higiene corporal pode ser realizada pelo próprio usuário ou com o auxílio, seja ele de outro usuário, de familiares ou da equipe de enfermagem. Observa-se a presença de maus cheiros, barbas desalinhadas, unhas compridas e sujas, dentes estragados ou ausentes, e outras alterações. Nas vestes, mesmo quando a instituição preconiza o uso de uniformes padronizados, a observação desta se faz necessária, pontuando o uso inadequado, desalinho, presença de sujidades, uso de outras peças de roupas ou acessórios.

A atitude fala da postura do usuário perante a equipe profissional e ao meio em que está inserido. Ela pode ser cooperante ou não, hostil, negativista, de fuga - refletindo o medo por parte do usuário – suspicaz ou de desconfiança, querelante e reivindicativa. O usuário pode se apresentar ainda de forma arrogante, com uma atitude evasiva, de esquiva, jocosa, irônica, lamuriosa ou teatral. É salutar que não conseguiremos esgotar aqui todas as possibilidades de atitudes apresentadas pelo sujeito, principalmente quando em crise, mas a proposta deste impresso é nortear e não “burocratizar” o processo de registro.

Por vezes o usuário pode ser uma determinada postura com a equipe e outra antagônica com os demais usuários ou com outros profissionais. Cabe no registro especificar isto, como exemplo “Usuário apresentando atitude hostil com determinado profissional, porém mantendo uma postura amistosa com o restante da equipe”.

Em relação à consciência, não se refere à capacidade de ajuizar valores morais, mas, em um sentido amplo, uma referência a toda atividade psíquica, à capacidade do indivíduo de dar conta do que está ocorrendo dentro e fora de si mesmo. Consciência, aqui, será a indicação do processo psíquico complexo, que é capaz de integrar acontecimentos de um determinado momento numa atividade de coordenação e síntese. Na prática, a consciência se revela na sustentação, coerência e pertinência das respostas dadas.

A clareza dessa consciência é traduzida pela lucidez. Quando o usuário está desperto, recebendo e devolvendo informações do meio ambiente, ele está lúcido, não importando, para esta classificação, o teor de sua integração com o meio. Os distúrbios da consciência geralmente indicam algum dano cerebral orgânico. As informações sensoriais chegam amortecidas ou nem chegam à consciência. Os estados de rebaixamento da consciência podem ser: rebaixamento ou embotamento, turvação ou obnubilação (que é um rebaixamento geral da capacidade de perceber o ambiente) e estreitamento (perda da percepção do todo com uma concentração em um único objetivo paralelo à realidade, como estados de hipnotismo e sonambulismo).

Muitos relatos de enfermagem se limitam à descrição de “lúcido e orientado” ou, resumido em uma sigla, LOTE: lúcido e orientado no tempo e no espaço. Os usuários de atenção psicossocial, em sua grande maioria, apresentam-se com lucidez de consciência e, se isto não mudou ao longo do processo terapêutico, não há necessidade de repetir em todos os registros.

Cabe ao profissional avaliar o grau de alteração da consciência, observando se o paciente faz esforço para manter o diálogo e levar a conversa a termo, se a confusão mental interfere na exatidão das respostas, que se fazem com lentidão, ou se o usuário chega mesmo a cochilar, adormecer no curso da conversa. O paciente que exhibe estado alterado da consciência, com frequência mostra algum prejuízo também de orientação, embora o contrário não seja verdadeiro.

Em relação à desorientação, ela se subdivide em alo e autopsíquica. A passagem do tempo pode ser percebida de forma lentificada ou acelerada pelo usuário. O profissional deve registrar a desorientação exemplificando, sempre que possível, com falas do próprio usuário (Ex.: Usuário relata que estamos em 1945).

Não apenas em relação à consciência e orientação, mas em todo o relato de enfermagem, deve-se priorizar a descrição aos termos técnicos. Espera-se de uma anotação produtiva não uma coleção de termos técnicos, mas aspectos objetivos da vida psíquica, de forma que qualquer indivíduo posteriormente possa compreender o que foi dito no relato. Como exemplo de descrição de um sujeito lúcido durante o processo, podemos descrevê-lo como “Usuário se apresenta desperto durante toda a manhã, sendo capaz de trocar informações com o meio ambiente e demais usuários da instituição”.

Quanto à sensopercepção, faz-se de suma importância os registros acerca das alucinações e ilusões. Neste aspecto psíquico, o melhor registro é o descritivo, qualificando a alteração, sempre correlacionando a descrição à fala do usuário. As vivências alucinatórias estão contidas nas diversas modalidades sensoriais, podendo ser visuais, auditivas, olfativas e gustativas e cenestésicas.

As alucinações auditivas podem ser simples, quando em forma de clarões, chamadas, pontos brilhantes; complexas, quando elaboradas, como figuras, objetos, pessoas, cenas. Este tipo de alucinação é comum em casos de intoxicação exógena e *delirium*. Já as alucinações auditivas são mais frequentes e se caracterizam por sons e vozes, ruídos, estrondos, fonemas e outros. Entre as alucinações auditivas destacam-se as auditivo-verbais, quando o sujeito ouve uma ou mais vozes, que podem dialogar com ele ou entre si, referindo-se a ele na terceira pessoa. Geralmente possuem conteúdo ofensivo e imperativo (CHENIAUX, 2013).

Já as alucinações relacionadas ao paladar e ao olfato são mais raras. O usuário relata sentir um odor forte ou um gosto desagradável persistente. As cenestésicas estão ligadas às sensações localizadas nos órgãos internos. O sujeito relata estar sentindo seus órgãos sendo tocados ou crescerem demasiadamente., queixam-se de bichos dentro de si e afins (CHENIAUX, 2013).

No campo da memória, a observação é feita através do discurso do usuário. Deve-se observar o conteúdo de suas falas, se ele se refere a acontecimentos recentes ou passados; se ele pergunta diversas vezes pela mesma informação. Não cabe à enfermagem avaliar e/ou diagnosticar, mas o registro da percepção acerca da memória deste indivíduo, sempre exemplificando com falas do próprio.

Na linguagem, orienta-se o registro de alterações na articulação da fala, como disartrias e afasias, e a qualificação desta fala. Neste ponto, destacamos a verbigeração, parafraseia, mussitação, logorreia, ecolalia, jargonofasia, soliloquio, uso de neologismos, crolalia, glossolalia, maneirismos e pedolalia. Em alguns casos, o usuário pode apresentar mutismo, quando há uma ausência de fala. Ele pode expressar negativismo, com um silêncio deliberado, ou uma inibição psíquica, apresentado no estupor esquizofrênico, depressivo, histérico ou do *delirium*.

As alterações psíquicas relacionadas ao pensamento do sujeito podem ocorrer em relação ao curso, a forma e o conteúdo do pensamento, sendo esta última representada pelos delírios. O registro descritivo deverá, sempre que possível, exemplificar com falas ou atitudes do usuário o conteúdo desta ideia delirante. As ideias delirantes podem ser agrupadas em temas típicos, relacionadas a expansão, negação ou retração do eu.

Na expansão do eu, surgem as ideias de grandeza, ciúme, reivindicação, genealógico, místico, de missão salvadora, deificação, erótico, de ciúmes, invenção ou reforma, ideias fantásticas, excessiva saúde, capacidade física, beleza, etc. Na retração do eu, o sujeito apresenta ideias de autorreferência, prejuízo, perseguição, influência, possessão, humildades, experiências apocalípticas. Já na negação do eu, ocorrem a hipocondria, negação, transformação corporal, autoacusação, culpa, ruína, niilismo, ideias suicidas.

Aqui vale apontar a questão cultural-religiosa. O profissional de saúde não deve inferir seu juízo de valor ou suas próprias crenças, interferindo na fala ou ideia delirante do usuário. Dependendo da religião que o usuário professa principalmente as crenças com possessões, como exemplo o espiritismo, umbanda e candomblé, algumas dessas situações podem ser observadas, sem, no entanto, *a priori*, fazerem parte de patologias.

A volemia quando alterada, retrata uma diminuição da vontade e impulsos, caracterizada por uma sensação de apatia, indisposição, fraqueza, desânimo, prostração e falta de energia; ou o aumento, através do sentimento de força, energia inesgotável, disposição excessiva. As alterações nos impulsos se apresentam como anorexia ou bulimia, insônia ou aumento do sono, diminuição ou exacerbação da libido, alteração na sede, e afins.

Neste quesito também se enquadram as descrições acerca das compulsões. O comportamento compulsivo de um indivíduo em relação à comida, ao jogo ou um objeto sexual pode possuir aspectos semelhantes observados nos quadros de dependência química, como avidez, pensamentos recorrentes, negação da compulsão e dependência, sintomas de abstinência e prejuízos psicossociais significativos. Cabe ao profissional de enfermagem perceber este comportamento e descrevê-lo em seu registro.

Na psicomotricidade, é salutar observar e registrar as alterações na motilidade do usuário, principalmente a deambulação e movimentos involuntários. A deambulação do paciente pode ser prejudicada por questões clínicas pregressas, mas também podem indicar alterações psíquicas e até impregnação por uso de neurolépticos. Aqui se procura descrever se o usuário deambula sem dificuldades, se precisa de auxílio, se apresenta alterações na marcha; se apresenta movimentos estereotipados, gestos ou mímicas; se apresenta agitação psicomotora.

A afetividade e o humor, quando decompostos, se apresentam como euforia, tristeza, irritabilidade, angústia, ambivalência, ansiedade, calma. A afetividade pode ser flutuante, descrita como lábil, ou incontinente – quando o sujeito não consegue controlar a expressão afetiva. Esta última apresenta risos imotivados ou prantos convulsos, assim como raiva extrema. O registro neste contexto se faz com a descrição do estado afetivo do usuário naquele período e as oscilações, caso ocorram.

Por fim, é necessário lembrar que o sujeito em sofrimento psíquico possui um corpo que também sofre e adocece. Não podemos somente se ater aos aspectos psíquicos nos relatos de enfermagem, sendo importante a observação, realização e registro do exame físico clínico, assim como os sinais vitais e a coleta de material e realização de exames laboratoriais. Essas informações também são de suma importância para toda a equipe de profissionais multidisciplinar que, juntos, assistem e cuidam deste usuário.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As anotações e registros de enfermagem são ferramentas essenciais no cuidado integrado ao outro, principalmente na atenção psicossocial. Sua qualificação reflete em uma melhor assistência e integração da equipe com um todo.

O impresso aqui construído norteará o processo de transferência do que foi observado e realizado pela equipe de enfermagem na sua prática cotidiana para o registro textual nos prontuários dos usuários, agilizando o processo de redação dos registros. Ele também contribuirá para uma anotação mais completa, aprimorando a comunicação entre os diversos profissionais envolvidos no processo de cuidar.

Além disso, a utilização desta tecnologia de cuidado proporcionará uma diminuição no tempo em que o profissional de enfermagem ficará envolvido com esta atividade burocrática, permitindo que ele fique mais tempo em contato com o usuário e se dedique mais à assistência. E ainda, permitirá uma maior participação da equipe de enfermagem na equipe multidisciplinar, aumentando sua expressividade e inserção nas discussões de caso. Considerando que este será impresso voltado para a enfermagem e seu olhar acerca do usuário, ele também proporcionará uma visibilidade da equipe e do cuidado por esta prestado.

Assim, este estudo colabora também para a valorização do ponto de vista observacional da enfermagem e da continuidade da assistência, peculiaridade da categoria, uma vez que esta é a equipe que permanece em contato com o sujeito nas 24 horas do dia.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, S. M. M.; QUEIROZ, M. de S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, 2007.

BERTONCELLO, N. M. F. FRANCO, F.C.P. ESTUDO BIBLIOGRÁFICO DE PUBLICAÇÕES SOBRE A ATIVIDADE ADMINISTRATIVA DA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, Set. 2001.

BOFF, L. **Saber Cuidar – Ética do humano - compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1999.

CHENIAUX, E. **Manual De psicopatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 4ªedição, 2013.

GOAS, M. C. **Temas Psiquiátricos: algumas cuestiones psicopatológicas generales**. Madrid:Editorial Paz Montalvo;1966.

JASPER K. **Psicopatologia geral**. Rio de Janeiro: Livraria Ateneu. 1987.

KANDEL, ER; SCHWARTZ, JH; JESSEL, TM . **Princípios da neurociência**; Editora Manole; 4ª edição, 2003.

MARTIN, F. **Documentation**. *Nursing*. v.24, n.6,1994.

MATSUDA, L.M.; SILVA, D.M.P.P.; ÉVORA, Y. D.M.; COIMBRA, J.A.H. Anotações e registros de enfermagem: instrumento de qualificação para a qualidade do cuidado? **Revista eletrônica de enfermagem**, v.08, n.03, p.415-421,2006.

MAZZA, V.A. et al. Instrumentação para registrar em enfermagem. In: CARRARO, T.E.; WETPHALEN, M.E.A.(Org.)**Metodologia para assistência de enfermagem: Teorização, modelos e subsídios para a prática**. Goiânia:AB.2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Resolução do COFEN -191/96**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem., 1997.

NOBRE DE MELO, A.L. **Psiquiatria**.4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1981.

PEDREIRA, B.; SOARES, M.H.; PINTO, A.C. O papel do enfermeiro na adesão ao tratamento de pessoas com transtorno afetivo bipolar: o que os registros dizem?.**Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. Ed. Port. 8 (1): 17-24. Jan-abr. 2012.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos,, processos e prática**.4ª ed., v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.1999.

PRADO M.L. et al. Produções tecnológicas em enfermagem em um curso de mestrado. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis.v18, n.3, p.475-481.jul/set.2009.

REPPETTO, M.A.; SOUZA, M.F. avaliação da realização e do registro da sistematização da assistência em enfermagem (SAE) em um hospital universitário. **Rev.Bras. Enferm.** v. 3, n. 58, p. 325-329, Mai/jun. 2005.

SETZ, V.G.; D'INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio de auditoria. **Ver. Acta Paul enferm.** v. 3, n. 22, p.313-317. 2009.

TAYLOR, C.M. **Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica.** 13<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ZOEHLER, K.G.; LIMA, M.A.D.S. Opinião dos auxiliares de enfermagem sobre a passagem de plantão. **Rev. Gaúcha de Enfermagem.** v.21, n.2, 2000.

## **APÊNDICES A**

### **MODELO DE IMPRESSO PROPOSTO PARA ORIENTAÇÃO DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.**

(Sugestão: Fornecer impresso em folha única, frente e verso, plastificado, para todos os setores).

#### Identificação do usuário e do registro:

Todo registro deve ser identificado com os dados do usuário, como nome (ou apenas as iniciais), data, hora e número do prontuário, conforme preconização institucional.

#### Aparência:

Aqui deverá ser registrada como o usuário se apresenta: Aparência cuidada ou descuidada? Higiene corporal preservada? Caso sim, o usuário a realiza sozinho ou com auxílio, seja este de outro usuário, de familiares ou da equipe de enfermagem? Observa-se a presença de maus cheiros, barbas por fazer, unhas compridas e sujas, dentes estragados ou ausentes? As vestes estão adequadas, limpas, alinhadas?

#### Atitude:

O usuário apresenta uma atitude cooperativa? Caso não, como ele se comporta? Descreva este comportamento, exemplificando sempre que possível. Possíveis alterações na atitude:

Atitude hostil  Negativista  De fuga  Suspicaç ou de desconfiança  Irônica  Lamuriõsa  Evasiva  Querelante  Reivindicativa  Arrogante  Esquiva  Jocosa  Teatralizada  Outra: \_\_\_\_\_

#### Consciência e orientação:

O usuário encontra-se lúcido? E orientado? Houve alguma alteração do quadro de consciência e/ou orientação nas últimas 24h? (Caso sim, especificar e exemplificar a alteração).

#### Sensopercepção:

O usuário apresente alucinação ou ilusão? Exemplifique em caso positivo. Alucinações podem ser:

Auditivas  Visuais  Olfativas  Gustativas  Cenestésicas  Outra: \_\_\_\_\_

#### Linguagem:

Há alterações na linguagem? Descreva-a. Possíveis alterações na linguagem:

Logorreia  Ecolalia  Mussitação  Verbigeração  Parafrasia  Jargonofasia  Solilóquios  Uso de neologismos  Croprolalia  Glossolalia  Pedolalia  Maneirismos  Outras: \_\_\_\_\_

#### Pensamento:

O usuário apresenta ideias delirantes (delírios)? Caso positivo, de que tipo? Descreva sempre que possível. Exemplos de delírios:

De grandeza  Ciúmes  Reivindicação  Místico  Missão salvadora  
 Erótico  Invenção ou reforma  Beleza ou saúde extrema  Capacidade física  
 Persecutório  Influência  Prejuízo  Autorreferência  Possessão  Humildades  
 Culpa  Experiências apocalípticas  Hipocondria  Transformação corporal  Ruína   
 Transformações corporal  Ideações suicidas  Outros: \_\_\_\_\_

Volemia:

O usuário apresenta alterações na vontade e/ou impulsos? Exemplos:

Apatia  Prostração  Indisposição  Falta de energia  Fraqueza  Desânimo   
 Aumento da força  Disposição excessiva/ energia  Anorexia  Bulimia  Insônia  
 Hipersonia  Aumento da libido  Aumento da sede  Outros: \_\_\_\_\_

Psicomotricidade:

O usuário possui dificuldades de deambulação? Alterações na marcha? Há presença de movimentos involuntários e/ou estereotipados?

Afetividade e humor:

O usuário apresenta alterações na afetividade e/ou no humor? Exemplifique.

Euforia  Irritabilidade  Ambivalência  Tristeza  Angústia  Ansiedade  
 Calmaria  Labilidade Outros: \_\_\_\_\_

Exame físico:

Observar e registrar as alterações do exame físico clínico, ressaltando a presença de lesões, feridas, edemas, ulcerações, hematomas, escoriações, relato de dores e alterações dos sinais vitais. E finalizar com os sinais vitais de rotina (Temperatura, Pressão arterial, Respiração e Frequência Cardíaca).

Demais informações e observações que julgar importante.

Finalizar com nome legível e carimbo, com inscrição profissional (COREn).