

# Rotina de Avaliação do Estado Mental

Aristides Volpato Cordioli  
Heloisa Helena Zimmermann  
Félix Kessler

## INTRODUÇÃO

O exame do estado mental é a pesquisa sistemática de sinais e sintomas de alterações do funcionamento mental, durante a entrevista psiquiátrica. As informações são obtidas através da observação direta da aparência do paciente, da anamnese, bem como do relato de familiares e outros informantes como atendentes, amigos, colegas ou até mesmo autoridades policiais.

O exame do estado mental não deve ser realizado apenas pelos psiquiatras, mas deve fazer parte do exame clínico do paciente, independente da sua morbidade. É essencial não só para o diagnóstico de possíveis transtornos psiquiátricos, como pode também oferecer indícios importantes de transtornos neurológicos, metabólicos, intoxicações ou de efeitos de drogas.

Para fins didáticos e de forma arbitrária, divide-se o funcionamento mental em funções na seguinte ordem: Consciência, Atenção, Sensopercepção, Orientação, Memória, Inteligência, Afetividade, Pensamento, Juízo Crítico, Conduta e Linguagem. Além da facilidade mnemônica (CASOMI APeJuCoL), esta ordenação proporciona maior facilidade no diagnóstico de síndromes específicas através da observação de grupos de funções alteradas. O primeiro grupo, CASOMI, destaca as Síndromes Cerebrais Orgânicas, por exemplo, nos estados de *delirium* estão alteradas as primeiras quatro funções: Consciência, Atenção, Sensopercepção e Orientação; e nos casos de Demência, a Memória e a Inteligência. O segundo grupo (APeJuCoL), por sua vez, altera-se nas Síndromes Psicóticas e nos Transtornos do Humor.

Esta revisão pretende explicar de forma clara e sucinta cada uma das funções mentais, conceituando-as, descrevendo a forma como avaliá-las bem como suas alterações. Também serão destacados os transtornos nos quais as funções mentais quais estão alteradas com mais frequência.

## 1 - ASPECTOS DO PACIENTE NA ENTREVISTA INICIAL

Inicia-se com uma descrição sumária sobre o local onde se realiza a entrevista (hospital, posto de saúde, consultório particular). Em seguida, descreve-se o motivo pelo qual está sendo realizada (avaliação para internação hospitalar ou tratamento ambulatorial, diagnóstico, consultoria), seguindo-se de impressões sobre o paciente registradas pelo entrevistador:

### 1.1- APARÊNCIA:

Deve-se observar o modo do paciente de andar, sua postura, roupas, adornos e maquiagem utilizados, sua higiene pessoal, cabelos alinhados ou em

desalinho, atitude (amigável ou hostil), humor ou afeto predominante, modulação afetiva, sinais ou deformidades físicas importantes, idade aparente, as expressões faciais e o contato visual. O ideal é que seja feita uma descrição precisa, de maneira que o leitor possa visualizar a aparência física do paciente no momento do exame. Uma postura encurvada pode sugerir afeto triste, assim como desleixo no modo de vestir-se. Já o uso de roupas extravagantes e o excesso de adornos fazem pensar em mania ou características histéricas de personalidade. Uma pessoa com uma doença crônica ou com um grande sofrimento (por exemplo: depressão) pode aparentar uma idade maior do que a real, enquanto que pacientes hipomaníacos, histriônicos ou hebefrênicos podem parecer mais jovens. Pouco contato de olhar pode indicar vergonha, ansiedade ou dificuldade de relacionamento. É útil a comparação das características de aparência do paciente com os indivíduos de mesma idade, profissão e condição socioeconômica, assim como a obtenção de informações com familiares a respeito de mudanças em relação a aparência anterior da pessoa.

### **1.2-ATIVIDADE PSICOMOTORA E COMPORTAMENTO:**

A atividade psicomotora refere-se a maneira como a atividade física se relaciona com o funcionamento psicológico, considerando os aspectos quantitativos e qualitativos do comportamento motor do paciente. Um paciente em agitação psicomotora caminha constantemente, não consegue ficar quieto e freqüentemente apresenta pressão para falar e ansiedade. Outros sintomas comuns são rabiscar, balançar pés ou pernas, cruzar e descruzar freqüentemente as pernas, roer unhas, ficar enrolando o cabelo, etc, em padrão acelerado. O retardo psicomotor é caracterizado por uma lentificação geral dos movimentos, da fala e do curso do pensamento, usualmente acompanhado de humor deprimido. Também ocorrem: respostas monossilábicas, aumento na latência das respostas, manutenção da mesma posição por longo tempo, pouca gesticulação, expressão facial triste ou inexpressiva. A atividade psicomotora pode ser normal, retardada ou acelerada, assim como podem ocorrer sintomas catatônicos ou de agitação. Consideram-se, ainda, outras formas de distúrbios específicos (que ocorrem em estados psicóticos), como movimentos estereotipados, maneirismos, negativismo (fazer o oposto do que está sendo requisitado), ecopraxia (imitar os movimentos de outra pessoa) e flexibilidade cêrea (manter certa posição desagradável por horas apesar do aparente desconforto). É interessante que se descreva o tipo de atividade que o paciente apresentou durante a entrevista ao invés de apenas classificá-lo, por exemplo, "o paciente permaneceu imóvel durante toda a sessão" informa melhor do que apenas "o paciente apresenta grave retardo psicomotor".

### **1.3-ATITUDE FRENTE AO EXAMINADOR:**

Freqüentemente os pacientes são inicialmente reservados, limitando-se a responder as perguntas do examinador. Alguns são mais abertos, fornecendo mais dados e informações ricas a partir de menos perguntas. Outros são reticentes, fechados e até desconfiados, por vergonha, falta de vontade ou medo de contar suas experiências pessoais. Também podem ser hostis, numa tentativa de envergonhar ou humilhar o examinador; bajuladores, para agradar o entrevistador; ou sedutores. Ainda, podem ser ambivalentes, ou seja,

apresentarem simultaneamente emoções aparentemente incompatíveis, positivas e negativas, em relação ao médico. Assim, a atitude frente ao examinador pode ser amigável, cooperativa, irônica, hostil, defensiva, sedutora ou ambivalente. Aqui também é interessante que, além de classificar a atitude do paciente frente ao examinador, se realize uma descrição sumária da parte do relato do paciente que fez o médico pensar em tal atitude (dar um exemplo).

#### **1.4-COMUNICAÇÃO COM O EXAMINADOR (atividade verbal):**

Devem ser descritas as características da fala do paciente, em termos de quantidade, velocidade e qualidade de produção. Dessa forma, o tipo de comunicação pode ser descrito como normalmente responsivo, loquaz, taciturno, prolixo, volúvel, não espontâneo. A verbalização pode ser rápida, lenta, tensa, hesitante, emotiva, monótona, forte, sussurrada, indistinta. Também podem ser incluídos aqui defeitos da fala, como gagueira e tiques vocais, como ecolalia.

#### **1.5-SENTIMENTOS DESPERTADOS:**

O entrevistador deve relatar a impressão emocional geral transmitida pelo paciente, ou seja, os sentimentos despertados em sua pessoa pelo paciente. Geralmente são sentimentos de tristeza, pena, irritação, desejo de ajudar. Tais dados podem ser uma importante pista para a psicopatologia subjacente. Destaca-se, ainda, que este item é intimamente relacionado com a aparência do paciente.

## **2 - FUNÇÕES MENTAIS**

### **2.1-CONSCIÊNCIA**

#### **a- Conceito:**

É o estado de lucidez ou de alerta em que a pessoa se encontra, variando da vigília até o coma. É o reconhecimento da realidade externa ou de si mesmo em determinado momento, e a capacidade de responder aos seus estímulos. Não se deve confundir com o sentido "moral" da palavra (superego), que envolve o julgamento de valores; nem com o conceito psicodinâmico (consciente e inconsciente); nem com o sentido de autocrítica.

#### **b- Avaliação:**

Observar as reações do paciente frente aos estímulos, se sua reação é rápida ou lenta; se se mostra sonolento ou não. No caso de lucidez, percebe-se através da própria conversa com o paciente, porém, se houver alguma

alteração devem-se utilizar estímulos verbais e/ou táteis. Na clínica geral usa-se também a escala de Glasgow, a qual avalia alterações no nível de consciência usando basicamente os parâmetros de: abertura ocular, resposta verbal e resposta motora a estímulos.

### **c- Alterações:**

Obnubilação/sonolência: está alterada a capacidade de pensar claramente, para perceber, responder e recordar os estímulos comuns, com a rapidez habitual. O paciente tende a cair em sono quando não estimulado. Às vezes é necessário falar alto ou tocá-lo para que compreenda uma pergunta.

Confusão: caracterizada por um embotamento do sensorio, dificuldade de compreensão, atordoamento e perplexidade, juntamente com desorientação, distúrbios das funções associativas e pobreza ideativa. O paciente demora a responder aos estímulos e tem diminuição do interesse no ambiente. A face de um doente confuso apresenta uma expressão ansiosa, enigmática e às vezes de surpresa. É um grau mais acentuado que a obnubilação.

Estupor: estado caracterizado pela ausência ou profunda diminuição de movimentos espontâneos, mutismo. O paciente somente responde a estímulos vigorosos, após os quais retorna ao estupor.

Coma: há abolição completa da consciência; o paciente não responde mesmo aos estímulos externos (dolorosos), ou internos (fome, frio, necessidades fisiológicas, outros).

Hiperalerta: estado no qual o paciente encontra-se ansioso, com hiperatividade autonômica e respostas aumentadas aos estímulos. Pode ocorrer em consequência ao uso de drogas (anfetaminas, cocaína), abstinência (benzodiazepínicos), ou no stress pós-traumático.

### **d- Transtornos mais comuns:**

A obnubilação ocorre freqüentemente em pacientes que sofrem traumatismos cranianos ou processos infecciosos agudos. Pode, ainda, ser efeito colateral de álcool ou drogas. A confusão ocorre na fase aguda de algumas doenças mentais, nas doenças associadas a fatores tóxicos, infecciosos ou traumáticos, na epilepsia, e em situações de grande estresse emocional. Observa-se o estupor na esquizofrenia (catatônico), em intoxicações, doenças orgânicas, depressão profunda, reações epilépticas e histéricas.

## **2.2- ATENÇÃO:**

### **a- Conceito:**

A atenção é uma dimensão da consciência que designa a capacidade para manter o foco em uma atividade. Designa, ainda, o esforço voluntário para selecionar certos aspectos de um fato, experiência do mundo interno (p.e. memórias), ou externo, fazendo com que a atividade mental se volte para eles em detrimento dos demais.

#### **b- Avaliação:**

Vigilância: designa a capacidade de voltar o foco da atenção para os estímulos externos. Pode estar: aumentada - *hipervigil* - podendo haver, neste caso, um prejuízo da atenção para outros estímulos; ou diminuída - *hipovigil* - quando o paciente torna-se desatento em relação ao meio. A melhor forma de avaliar a atenção é através da observação durante a entrevista.

Tenacidade: capacidade de manutenção da atenção ou de uma tarefa específica. Deve-se observar a capacidade de prestar a atenção às perguntas durante a entrevista, sem estar constantemente distraído-se. Pode-se pedir ao paciente para bater na mesa toda vez que se diga a letra A, entre uma série de letras aleatórias como K,D,A,M,X,T,A,F,O,K,L, E,N,A,... Grava-se o tempo e o número de erros.

Concentração: é a capacidade de manter a atenção voluntária em processos internos do pensamento ou em alguma atividade mental. O teste formal para a avaliação da concentração é o da subtração consecutiva do número 7 a partir do número 100. Para pacientes com déficit cognitivo ou QI abaixo de 80 utiliza-se uma série de 3 números a partir de 20. Se o paciente já realizou o teste muitas vezes, altera-se os números para 101 ou 21, para evitar que tenham sido decorados.

#### **c- Alterações**

Desatenção: incapacidade de voltar o foco para um determinado estímulo.

Distração: incapacidade de manter o foco da atenção em determinado estímulo.

#### **d- Transtornos mais comuns:**

A desatenção ocorre em depressões, demências, *delirium*, efeito adverso de medicamentos, Transtornos de Déficit de Atenção. A distração ocorre em depressões, mania, retardo mental, etc. São comuns os estados: hipo ou hipervigil e hipo ou hipertenaz.

### **2.3- SENSOPERCEÇÃO:**

### **a- Conceito:**

Designa a capacidade de perceber e interpretar os estímulos que se apresentam aos órgãos dos sentidos. Os estímulos podem ser: auditivos, visuais, olfativos, táteis e gustativos.

### **b- Avaliação:**

A sensopercepção é investigada através da entrevista com o paciente.

### **c- Alterações:**

Ilusões: ocorrem quando os estímulos sensoriais reais são confundidos ou interpretados erroneamente; geralmente ocorrem quando há redução de estímulos ou do nível de consciência (*delirium*); por exemplo, um cinto é percebido como uma cobra, miragens no deserto (enxerga-se água nas dunas). *Dismegalopsias*: são ilusões nas quais os objetos ou pessoas tomam tamanho e/ou distâncias irreais; nas *macropsias* os objetos parecem mais próximos e maiores; nas *micropsias*, parecem menores e mais distantes. Ocorrem em descolamento de retina, distúrbios de acomodação visual, lesão temporal posterior e intoxicações por drogas.

Alucinações: ocorre a percepção sensorial na ausência de estímulo externo.

Tipos de alucinações:

Visuais: As alucinações visuais são mais características de transtornos mentais orgânicos, especialmente em estados de delírium e podem ser amedrontadoras. Podem também ocorrer no luto normal (visão da pessoa falecida), em depressões psicóticas (ver-se dentro de um caixão).

*Hipnagógicas*: ocorrem imediatamente antes de dormir e sua ocorrência, quando ocasional, é normal, porém, experiências repetidas representam invasões do sono REM na consciência; *Hipnopômicas*: precedem o acordar, geralmente nos estados semicomatosos.

Auditivas: (as mais comuns) são classificadas tanto como elementares (ruídos) ou complexas (vozes ou palavras). São comumente relatadas por pacientes psicóticos (transtorno afetivo bipolar (TAB), esquizofrenia), mas também ocorrem nas Síndromes Cerebrais Orgânicas (SCO). Alguns pacientes, nos estágios iniciais de surtos psicóticos ouvem seus próprios pensamentos falando em voz alta ("*echo de la pensée*"). Mais adiante as vozes perdem o contato com a pessoa, parecendo vir de fora, fazendo comentários sobre o comportamento do paciente ou discutindo sobre ele na terceira pessoa. As alucinações auditivas podem ser congruentes com o humor como por exemplo: "mate-se", para um paciente depressivo, ou incongruentes com o humor (Schneiderianas).

Táteis: são geralmente referidas como picadas de insetos na pele (formigamentos) e ocorrem na intoxicação por cocaína, por anfetaminas, em psicoses e *delirium tremens* devido à abstinência do álcool. Pacientes esquizofrênicos podem apresentar sensações estranhas: orgasmos

produzidos por objetos ou seres invisíveis. Devem ser distinguidas do aumento da sensibilidade (*hiperestesia*) e da sua diminuição (*hipoestesia*). Podem ocorrer em doenças de nervos periféricos e na histeria.

Vestibulares: alucinações relacionadas com o equilíbrio e localização do indivíduo no espaço. Ex: sensação de estar voando, comumente vistas em situações orgânicas, como o *delirium tremens* e psicoses pelo uso de alucinógenos.

Olfativas: exemplo: se uma mulher possui baixa auto-estima, pode preocupar-se com o odor vaginal e interpretar que outras pessoas estão percebendo seu mau cheiro. Em crises parciais complexas, de origem no lobo temporal, alucinações olfativas de tinta ou borracha podem representar auras.

De presença: sensação de presença de outra pessoa ou ser vivo que permanece invisível. Nas alucinações extra campinas o indivíduo vê objetos fora do campo sensorial (atrás de sua cabeça), enquanto que na autoscopia, o paciente visualiza ele próprio projetado no espaço.

Somáticas: experiências sensoriais irreais envolvendo o corpo do paciente ou seus órgãos internos (sentir o fígado apodrecido).

Tipos específicos de alucinações: *Cinestésias*: escutar cores, cheirar músicas;  
*Pseudoalucinações*: são reconhecidas, percebidas como irreais;  
*Despersonalização*: esquisita impressão de que o corpo está mudando, perda de identidade corporal, com sensação de estranheza em relação a ele;  
*Desrealização*: sensação de que o ambiente está mudando ou mudou, parece irreal, como se fosse um filme, é comum em esquizofrênicos.

**d-Transtornos mais comuns**: transtornos psicóticos (principalmente esquizofrenia) e Síndromes Cerebrais Orgânicas.

## **2.4-ORIENTAÇÃO:**

### **a- Conceito:**

Capacidade do indivíduo de situar-se no tempo, espaço ou situação e reconhecer sua própria pessoa.

### **b-avaliação:**

- Tempo: pode-se perguntar ao paciente qual é a hora aproximada, dia da semana, do mês, ano, estação e há quanto tempo ele está no hospital.
- Espaço: o paciente deve ser capaz de descrever o local onde se encontra (consultório, nome do hospital), o endereço aproximado, a

cidade, o estado, o país, sabendo também quem são as pessoas à sua volta.

- A própria pessoa: deve-se perguntar dados sobre o paciente, como nome, data de nascimento, profissão e o que faz no hospital. Estas informações devem ser conferidas através de uma fonte confiável, como um familiar hábil.
- Demais pessoas: deve ser capaz de identificar seus familiares, amigos próximos e pessoal que o atende (médicos, enfermeiras, auxiliares, etc.).

### **c- Alterações:**

Quando um paciente fica desorientado, após um quadro de *delirium*, por exemplo, a primeira noção de orientação perdida é em relação ao tempo, depois espaço e por último (e raramente) em relação a si próprio. A recuperação se dá de maneira inversa: inicialmente o paciente orienta-se em relação à própria pessoa, posteriormente em relação ao espaço e por fim ao tempo.

Desorientação: pode ser influenciada por alterações na atenção e consciência.

### **d- Transtornos mais comuns:**

Síndromes Cerebrais Orgânicas, psicoses afetivas, esquizofrenia. Pacientes com transtornos psicóticos (por exemplo: TAB ou esquizofrenia) não são tipicamente desorientados, embora, pela apatia, eles possam ter falhas no desempenho das rotinas diárias. Já o paciente que sofre de alguma doença orgânica, caracteristicamente está desorientado. Na Síndrome Cerebral Orgânica os pacientes frequentemente mostram flutuação na orientação conforme a hora do dia (piora à noite), podendo ocorrer total desorientação com o aumento da gravidade.

Nos Transtornos Dissociativos (fuga) ocorre uma amnésia psicogênica, de maneira que o indivíduo não sabe o seu nome, ou outros dados de identificação ou a identidade das pessoas de seu ambiente, nem o local de onde é proveniente ou reside.

## **2.5-MEMÓRIA:**

### **a- Conceito:**

É a capacidade de registrar, fixar ou reter, evocar e reconhecer objetos, pessoas e experiências passadas ou estímulos sensoriais. São fixados na memória fatos ou situações que quando ocorreram provocaram emoções associadas: prazer, medo, etc, ou que foram significativas para a pessoa. Ao ser evocada, a lembrança pode trazer a emoção a ela associada. A memória fotográfica ou automática é a mais fiel, que reproduz exatamente o registro dos



fatos, mesmo que a pessoa não os tenha compreendido. A memória lógica recorda o significado essencial das experiências, sem sua reprodução fiel. As memórias auditiva e visual ocorrem conforme a maior facilidade em reter o que se vê ou se ouve. A memória é ainda dividida em memória declarativa ou verbal (de fatos, eventos, nomes de pessoas) ou procedural: de habilidades ou procedimentos. A primeira é acessível à consciência ao contrário da segunda que não é expressa em palavras e é inconsciente, ou implícita. Funcionalmente as áreas encefálicas responsáveis pela memória podem ser divididas em: área de registro (córtex cerebral), área de consolidação ou retenção (hipocampo), área de armazenamento (lobo temporal) e área de recuperação (dorso medial do tálamo).

Para fins de avaliação divide-se a memória em: **sensorial**, que recebe a informação dos órgãos dos sentidos e a retém por breve período de tempo (0,5 segundos); **imediate**, responsável pelo registro de informações ouvidas nos últimos 15 a 20 segundos; **recente**, que divide-se em *de curto prazo* (5-10min) e *de longo prazo* (mais de 30 min); e **remota**, que é a responsável pela retenção permanente de informação selecionada. Esta seleção da memória remota é feita em função do significado emocional e é mais facilmente evocada quando a pessoa está em situação semelhante à ocasião inicial.

#### **b-Avaliação:**

- Memória imediata: pode-se pedir ao paciente para repetir uma seqüência de números com 3, 4, 5, 6 e 7 algarismos, ou mencionar 3 objetos não relacionados, como "pente, rua e azul" do "MiniMentalState Examination" (MMSE), e pedir para repetir imediatamente; pode-se fazer o "Span de Palavras".
- Memória recente (passado recente): a) de curto prazo: pode-se solicitar ao paciente que guarde três palavras ("pente, rua e azul" do MMSE) e que as repita 5 minutos após; b) de longo prazo: indaga-se ao paciente sobre o que comeu no café da manhã ou na janta na véspera, ou o que fez no último fim-de-semana. Pode-se usar o teste
- Memória remota (passado remoto): solicita-se que o paciente fale de eventos importantes com a respectiva data no passado (nascimento, aniversário, casamento, nascimento dos filhos, onde cresceu, estudou, últimos 3 presidentes).

#### **c-Alterações e Transtornos mais comuns:**

- Amnésia: incapacidade parcial ou total de evocar experiências passadas.
- Amnésia imediata: geralmente existe um comprometimento cerebral agudo.
- Amnésia anterógrada: o paciente esquece tudo o que ocorreu após um fato ou acidente importante. Ex: traumatismo craniano, distúrbio dissociativo (histeria).
- Amnésia retrógrada: esquecimento de situações ocorridas anteriormente a um trauma, doença ou fato importante.

- Amnésia lacunar: esquecimento dos fatos ocorridos entre duas datas. Por exemplo: não se lembra o que fez no ano de 1995, o ano da sua separação. Eventualmente, o paciente pode preencher estas lacunas com inverdades ou situações não ocorridas, sem dar-se conta. A isto se dá o nome de *confabulação*, freqüente em pacientes com Demência.
- Amnésia remota: esquecimento de fatos ocorridos no passado. Pacientes idosos com algum grau de demência.

### **Classificação das Amnésias:**

a-pela extensão:

-*parciais*: esquecimento de um nome, um local, uma língua;

-*total*: perda total das lembranças;

b-pelo mecanismo:

-*de fixação*: por falta de reações lógicas, referenciais cronológicos e memorização;

-*de evocação* ou *psicógena*: por inibição emocional da evocação;

-*conservação*: por extinção definitiva das lembranças antigas demais;

c-paramnésias:

-*déjà vu*: sensação de familiaridade com uma percepção efetivamente nova.

-*jamais vu*: sensação de estranheza em relação a uma situação familiar.

d-hipermnésia: capacidade aumentada de registrar e evocar os fatos.

## **2.6-INTELIGÊNCIA:**

### **a- Conceito:**

Capacidade de uma pessoa de assimilar conhecimentos factuais, compreender as relações entre eles e integrá-los aos conhecimentos já adquiridos anteriormente; de raciocinar logicamente e de forma abstrata manipulando conceitos, números ou palavras. Capacidade de resolver situações novas com rapidez e com êxito mediante a realização de tarefas que envolvam a apreensão de relações abstratas entre fatos, eventos, antecedentes e conseqüências, etc.

Idade Mental é o nível intelectual médio de determinada idade. Binet elaborou uma equação que permite expressar a capacidade intelectual de um sujeito em Coeficiente de Inteligência (QI), através da avaliação com testes padronizados.

Segundo a teoria das inteligências múltiplas identificam-se sete tipos de inteligência: lingüística, lógico-matemática, espacial, musical, cinestésico-corporal, interpessoal e intrapessoal. Ainda conforme Gardner, cada tipo de inteligência é um sistema genético ativado por informação interna ou externa que possui uma certa plasticidade, de modo que certas capacidades intelectuais podem ser ampliadas a partir de estímulos apropriados. Observam-se pessoas com níveis diferentes de inteligências, por exemplo "inteligência abstrata" (lógico-matemática, espacial), em que a pessoa tem habilidade para lidar com símbolos; "concreta" (cinestésico-corporal), com objetos ou situações; "social", habilidade com lingüística inter e intrapessoal.

### **b- Avaliação:**

É importante coletar informações sobre o desenvolvimento e rendimento escolar do paciente: idade de ingresso na escola, se repetiu algum ano, dificuldades em matérias específicas, dificuldade de leitura e escrita, quando parou os estudos, por que motivo (se por dificuldade em acompanhar). Para avaliar ("grosseiramente") o rendimento intelectual, pode-se questionar a capacidade do paciente de adaptar-se ao meio e a novas situações, aprender com a experiência, desenvolver atividades coerentes com um objetivo, utilizar pensamento abstrato (incluindo conceitos abstratos, como liberdade, amor) e resolver problemas do cotidiano.

A inteligência pode ser inferida através do desempenho intelectual durante o exame e através de perguntas como: o troco em dinheiro para 6,37 quando se deu 10,00; multiplicar 2 X12; 2X24; 2X48; 2X96; distância aproximada entre duas capitais; nome do presidente do país e os últimos dois que o antecederam; informações sobre programas populares de televisão ou esportes. Além disso, é possível avaliar os conhecimentos gerais com perguntas sobre geografia ou fatos relevantes da história, estando-se sempre atento ao nível cultural do paciente. Se a deficiência é grosseiramente aparente, informações históricas podem ser utilizadas para verificar se ela esteve sempre presente (*deficiência mental*) ou desenvolveu-se a partir de certa idade (*demência*). Quando houver dúvida sobre o nível de inteligência do paciente, deve-se encaminhá-lo para a testagem psicológica, onde a padronização das perguntas e respostas permite uma avaliação acurada do seu QI.

O vocabulário e o desempenho nos testes de abstração dependem não somente da capacidade intelectual, mas também da idade, ambiente social e nível educacional. Por exemplo: a presença de bom vocabulário e capacidade para abstração, apesar de primeiro grau incompleto, indicam inteligência acima da média. Se o vocabulário e a capacidade para abstração são pobres, deve-se considerar a privação social. Na ausência deste fator, especialmente se o entrevistado tem educação universitária, cogita-se comprometimento intelectual por algum distúrbio orgânico.

A capacidade de abstração deve ser avaliada através da solicitação de interpretação de provérbios e metáforas ("Quem não tem cão, caça com gato"; "Mais vale um pássaro na mão que dois voando"; "Não se tira leite de pedras"); e da comparação de objetos semelhantes e diferentes (maçã e laranja, criança e anão, mentira e engano).

### **c- Alterações e Transtornos mais comuns:**

- **Deficiência mental:** atraso ou insuficiência de desenvolvimento intelectual (QI inferior a 70), com interferência no desempenho social e ocupacional. É classificado como leve (classe especial), moderado (escola especial), grave e severo.<sup>1</sup>
- **Demência:** deterioração global e orgânica do funcionamento intelectual sem alteração no nível de consciência.<sup>1</sup> Frequentemente é acompanhada de: distraibilidade; déficit de memória; dificuldade em cálculos; alteração no humor e afeto; prejuízo no julgamento e abstração; e dificuldades com a linguagem.
- **Abstração:** interpretação concreta de provérbios, por exemplo: "Quem tem telhado de vidro não deve atirar pedras no telhado do vizinho", resposta: "O vidro quebrará!".

## **2.7-AFETIVIDADE e HUMOR:**

### **a- Conceito:**

É a experiência imediata e subjetiva das emoções sentidas pelo paciente em relação ao que o cerca, abrangendo desde sentimentos em relação a pessoas e ambientes até lembranças de fatos, situações, ou pessoas do passado, bem como expectativas sobre o futuro.

Humor é a tonalidade de sentimento predominante, e mais constante, que pode influenciar a percepção de si mesmo, e do mundo ao seu redor. Afeto é a experiência da emoção subjetiva e imediata, ligada a idéias ou representações mentais e que pode ser observada pelas suas manifestações objetivas: alegre, triste, embotado, expansivo, lábil, inapropriado. Em outras palavras, humor se refere à emoção predominante, mais constante, enquanto afeto é a sua expressão, o que se observa, sendo mais flutuante.

O normal, para qualquer tipo de afeto, é que ocorra uma variação na expressão facial, tom de voz e gestos, denotando um espectro de intensidade na emoção expressada (de superficial a profunda). Da mesma forma, é normal que ocorram variações no humor.

Deve ser descrito o tom predominante durante a entrevista, sendo eutímico o paciente que está com o afeto/humor normal.

### **b- Avaliação:**

A avaliação da afetividade e do humor é feita ao longo da entrevista, observando-se a expressão facial do paciente, sua postura, o conteúdo afetivo predominante no seu relato (tristeza, euforia, irritabilidade, etc), o tipo de afeto que transmite e que desperta no entrevistador. Fala-se em afeto achatado, aplainado ou embotado nos casos de severa redução na expressão afetiva, e grandiosidade ou expansão nos casos de exagero na valorização das próprias capacidades, poses ou importância. Deve ser observado se o paciente comenta voluntariamente ou se é necessário pedir para que informe como se sente. É muito importante considerar a adequação das respostas emocionais do

paciente, sempre levando em conta o contexto do conteúdo do pensamento em que se inserem (por exemplo: a raiva é adequada em um delírio paranóide). Em casos de disparidade entre o afeto e o conteúdo do pensamento diz-se que o afeto está inapropriado ou incongruente.

O entrevistador deve considerar as diferenças culturais na expressão afetiva, como por exemplo: não considerar um inglês com afeto aplainado nem um italiano ou grego eufórico ou colérico.<sup>2</sup>

### **c- Alterações:**

*Ansiedade* e sintomas autonômicos de ansiedade; *medo* e *tensão*; *irritabilidade*, raiva, ódio, desprezo, hostilidade; *labilidade afetiva* (rápidas alterações de afetos opostos); *incontinência emocional* (deixar transparecer todas emoções que sente, geralmente sendo estas intensas); *indiferença* afetiva ou "*la belle indifférence*" (ocorre uma restrição importante na saúde ou vida do paciente, como não conseguir movimentar um membro, e a reação deste é praticamente indiferente); *afeto inapropriado ou incongruente* (em relação ao que está sendo relatado); afeto *hipomaníaco* e *maníaco, exaltado, expansivo*: euforia e êxtase (sendo este sentimento desproporcional às circunstâncias); afeto *deprimido*: tristeza, desesperança, baixa auto-estima e sentimentos de culpa; apatia, afeto achatado ou embotado (resposta emocional diminuída ou indiferente às alterações dos assuntos).

### **d- Transtornos mais comuns:**

Transtorno Afetivo Bipolar (tristeza e euforia intercaladas); Esquizofrenia (afeto embotado, inapropriado); Transtornos de Ansiedade (medo e ansiedade); Demência (labilidade).

## **2.8- PENSAMENTO:**

### **a- Conceito:**

É o conjunto de funções integrativas capazes de associar conhecimentos novos e antigos, integrar estímulos externos e internos, analisar, abstrair, julgar, concluir, sintetizar e criar.

O pensamento é avaliado em três aspectos: produção (ou forma), curso e conteúdo.

A **produção** refere-se a como o paciente concatena as idéias, em que seqüência, se segue ou não as leis da sintaxe e da lógica. O normal é que a produção do pensamento seja lógica (ou coerente), isto é, clara e fácil de seguir e entender. Diz-se que é ilógica quando a seqüência não segue as leis da lógica formal, ou seja, ocorrem inferências falsas ou indevidas; e que é mágica quando não obedece as leis da realidade, tempo e espaço, envolvendo sorte, misticismo, poder a distância, força do pensamento para provocar ações, etc.

O **curso** caracteriza-se pela quantidade de idéias que vêm ao pensamento, podendo ser de abundante a escassa; e pela velocidade com que as idéias

passam pelo pensamento, de modo que o curso pode ser rápido, lentificado ou estar completamente bloqueado.

O **conteúdo** do pensamento são as idéias propriamente ditas, sua conexão ou não com a realidade, refletindo ou não aspectos reais do mundo externo ou interno. A principal preocupação é a presença de idéias que sugiram que o paciente possa apresentar um perigo para si ou para outros (por risco de suicídio, agressão, homicídio), o que reflete prejuízo no teste de realidade e no juízo crítico. Por isso, em qualquer entrevista inicial deve-se perguntar ativamente, mas de forma sensível sobre ideação suicida, homicida e de agressão. O conteúdo do pensamento expressa as preocupações do paciente, que podem ser idéias supervalorizadas, idéias delirantes, delírios, preocupações com a própria doença, problemas alheios, obsessões, fobias, etc.

### **b- Avaliação:**

Em uma amostra do discurso do paciente, ou seja, durante a entrevista, observa-se a produção, o curso e o conteúdo do seu pensamento. Na avaliação da produção (ou forma) do pensamento observa-se se o paciente tem um discurso coerente, se segue as leis da sintaxe, se a inferência de conclusões é lógica, e se as associações entre as idéias fazem sentido. Deve-se considerar a cultura do paciente ao avaliar-se o conteúdo de seu pensamento, uma vez que crenças compartilhadas por uma comunidade são vistas como naturais entre seus membros e não como um sintoma. Por exemplo, acreditar que a sexualidade de uma pessoa foi enfeitiçada, como por "voodoo", e que um homem não readquirirá sua potência até que o feitiço seja desfeito não é necessariamente um delírio. Desta forma é preciso conhecer detalhadamente a cultura e religião dos pacientes em avaliação para que não se identifiquem falsos sinais e sintomas.

### **c- Alterações:**

- Produção: *ilógica* (irreal, difícil ou impossível de seguir a linha de raciocínio, desagregado); *mágica* (misticismo, poderes, influência a distância) DSM;
- Curso: *lento*; *acelerado*; com *fuga de idéias* (associação de palavras de maneira inapropriada, com base em seu significado, p.e. branco-preto-caixão); *perda de associações* (o paciente se perde no meio do discurso, sem saber sobre o quê vinha falando); *tangencialidade* (não ocorre aprofundamento nos assuntos, o paciente detém-se em detalhes e tem dificuldade de falar sobre o ponto de interesse em si); *circunstancialidade* (conta coisas desnecessárias, detalhes, ao invés de chegar ao ponto em questão); *bloqueio do pensamento* (parada súbita e inesperada de seus pensamentos, quando vinham fluindo normalmente, na ausência de ansiedade; é extremamente raro); *perseveração* (ocorre a permanência no mesmo assunto, mesmo que se tente mudar o tópico, o paciente, sem se dar conta, retoma sempre o determinado assunto); *pobreza do pensamento*; *associação por rimas* (semelhante à fuga de idéias, porém apenas em relação aos sons, p.e. maquinista-fascista)<sup>2, 3, 4, CID</sup>;

- **Conteúdo:** *delírio* ou *idéia delirante* (idéia falsa ou crença irreal com impossibilidade de conteúdo, certeza extraordinária, não compartilhado por outros com a mesma cultura, religião e na mesma sociedade, e impossibilidade de remover esta certeza pela lógica; podem ser, p.e., de inserção, irradiação ou roubo do pensamento); idéias *supervalorizadas* (crença exagerada, como desconfiança, implicância gratuita); idéias *de referência* (sensação inevitável de que outras pessoas e meios de comunicação referem-se a si, podendo ser interpretações de palavras ou ações, com crítica de que este sentimento origina-se no próprio paciente); *pobreza* (pouca informação, repetições vazias, vago); *obsessões* (idéias, imagens ou impulsos repetitivos desagradáveis que entram involuntariamente na mente do paciente que não consegue livrar-se delas). Quanto à temática das idéias supervalorizadas ou delirantes (e delírios), elas podem ser persecutórias ou paranóides (está sendo seguido, observado, procurado, vitimizado, traído), de grandeza, desvalia, ruína, infidelidade, erotomania, controle, etc. Tipos específicos de delírios: Bizarro (crença absurda, totalmente implausível, estranha e falsa); Niilista (o próprio paciente ou outros estão mortos, não existem ou acabaram); Capgras (os familiares foram trocados por impostores); Cotard (as pessoas são bonecos).

#### **d-Transtornos mais comuns:**

Esquizofrenia; mania; hipocondria (preocupação exagerada com a própria saúde, interpretação exagerada de sinais e sintomas, crença irreal de que é portador de uma doença grave), TOC (exagerar o risco ou poder do pensamento).

## **2.9-JUÍZO CRÍTICO:**

### **a- Conceito:**

É a capacidade para perceber e avaliar adequadamente a realidade externa e separá-la dos aspectos do mundo interno ou subjetivo. Implica separar sentimentos, impulsos e fantasias próprios, de sentimentos e impulsos de outras pessoas. Refere-se, ainda, à possibilidade de autoavaliar-se adequadamente e ter uma visão realista de si mesmo, suas dificuldades e suas qualidades. A capacidade de julgamento é necessária para todas as decisões diárias, para estabelecer prioridades e prever conseqüências.

Os distúrbios do julgamento podem ser circunscritos a uma ou mais áreas, como dinheiro ou sexualidade, mantendo as demais áreas adequadas.

**Insight** é uma forma mais complexa de juízo. Envolve um grau de compreensão do paciente sobre si mesmo, seu estado emocional, sua doença e as conseqüências desta sobre si, pessoas que o cercam e sua vida em geral. O insight é reconhecido como um importante mecanismo de mudança psíquica nas psicoterapias em geral e em especial nas psicoterapias de orientação analítica. O insight emocional leva o paciente a uma mudança em sua personalidade ou padrão de comportamento, de modo que este conhecimento altera suas ações e experiências no futuro. Diferentemente, no insight

intelectual não ocorrem alterações na personalidade ou comportamento, o paciente continua igual, não tira proveito do novo conhecimento para uma melhora.

**b-Avaliação:**

A partir da entrevista geralmente tem-se uma boa idéia a respeito da capacidade de julgamento e insight. Porém, nas ocasiões em que permanecem dúvidas pode-se fazer perguntas objetivas, como o que o paciente faria se encontrasse uma carta endereçada e selada na rua, sendo a resposta adequada a de colocar em uma caixa de correio.

**c-Alterações:**

Falar coisas inapropriadas; ser inconveniente; gastar mais do que pode; não medir conseqüências; não se dar conta da gravidade da doença; não reconhecer limitações.

**d-Transtornos mais comuns:**

Transtornos de Personalidade; Demência; estados psicóticos (TAB, Esquizofrenia).

**2.10-CONDUTA:**

**a-Conceito:**

São os comportamentos observáveis do indivíduo: comportamento motor, atitudes, atos, gestos, tiques, impulsos, verbalizações, etc.

**b-Avaliação:**

A partir da observação do paciente durante a entrevista, de perguntas objetivas ou de entrevistas com os familiares, pesquisa-se dados sobre os hábitos do paciente, como o que costuma fazer todos os dias e em situações especiais (maneira como se diverte, trabalha, convive socialmente); procura-se observar a movimentação do paciente (lento ou agitado), a forma como se expressa através da anamnese; e procura-se alterações, indagando sobre o uso de drogas, roubos, tentativa de suicídio, hostilidade, compulsões, impulsos, comportamentos agressivos, rituais, vida sexual, relacionamentos interpessoais, etc.

**c-Alterações:**



Inquietação, agitação (hiperatividade, aumento de energia) ou retardo (hipoatividade, diminuição do interesse por atividades, lentificação dos movimentos e da fala) psicomotores; agressividade, sadismo, masoquismo; comportamento catatônico (ficar parado, sem qualquer movimento durante horas, mesmo em posição desagradável, podendo alternar-se com hiperatividade), bizarro (fazer coisas absurdas ou estranhas, como revirar lixo) ou autista (concentrado em si mesmo e independente do mundo ao seu redor); negativismo (fazer o contrário do que é solicitado); tiques e cacoetes; comportamento histriônico (sentimentos expressos de forma exagerada e dramática); risos imotivados; uso/abuso de álcool e drogas, fissura (ou "craving", perda do controle em busca do uso de SPA), roubo, vandalismo, exposição ao perigo; jogo, compras/gastos, comer compulsivos ou excessivos; mesquinhez; anorexia; tentativa de suicídio, suicídio, homicídio; aumento ou diminuição da atividade sexual, parafilias; tricotilomania; impulsividade; compulsões (urgência irresistível de realizar um ato motor aparentemente sem motivo, repetitivo, estereotipado, reconhecido como sem significado; rituais, limpeza e ordem exagerados, evitações); somatizações, estados dissociativos (sintomas físicos persistentes sem explicação plausível), estados de transe; diminuição das habilidades sociais (não se dar conta que está se comportando mal em público), piora dos cuidados pessoais (higiene), isolamento social (evitar encontros com amigos, familiares); aparência excêntrica (diferente do seu grupo sociocultural, com roupas, ornamentos, postura ou traços muito discrepantes). 1,2,3,4,CID

#### **d- Transtornos mais comuns:**

Transtorno de Personalidade Antissocial (conduta impulsiva, uso de SPA, RA, RH); Depressão (retardo psicomotor, RS, TS, negativismo); Mania (aceleração, inquietude, RA, gastos excessivos, hiperatividade sexual); Esquizofrenia (bizarra, catatônica, risos imotivados, RA, RS, RH, piora das habilidades sociais); "Novelty Seeker"; T Alimentar; TP Borderline, TOC, Fobias.

## **2.11-LINGUAGEM:**

### **a- Conceito:**

É a maneira como a pessoa se comunica, verbal ou não verbalmente, envolvendo gestos, olhar, expressão facial ou por escrito.

### **b- Avaliação:**

Costuma-se dar mais ênfase à fala, avaliando-se a quantidade (loquaz, prolixo, taciturno, não-espontâneo ou normal), velocidade ou fluxo (verbalização rápida, lenta, hesitante, monótona) e qualidade (gagueira, ecolalia). Também é interessante se observar o volume (alto ou baixo), a gramática e sintaxe, e o vocabulário ou escolha de palavras, o que possibilita a realização de inferências sobre a organização do pensamento e cognição.

### **c- Alterações:**

Podem ser encontradas na comunicação oral, escrita e mímica, espontânea ou em resposta. Exemplos: *disartria* (dificuldade na articulação da palavra), *gagueira*, *bradilalia* (falar muito devagar), *taquilalia* (falar muito rápido), *ecolalia* (repetir as últimas palavras do interlocutor), *afasia* (não conseguir falar), *logorréia* (não parar de falar), *mutismo* (ficar completamente quieto), *vulgaridade* (usar vocabulário de baixo calão), *coprolalia* (uso de palavras obscenas); *disgrafia* (escrever palavras incorretamente); alterações da *mímica facial* (ausência, exagero, tiques). *Neologismos* (invenção de palavras com significados particulares para o paciente), *salada de palavras* e *associação por rimas* refletem um processo de pensamento desgredado.

### **d- Transtornos mais comuns:**

Gilles de la Tourette, Esquizofrenia, SCO e intoxicação por drogas (afasia, disartria), Mania (taquilalia e logorréia).

## **3 - FUNÇÕES PSICOFISIOLÓGICAS**

**3.1- SONO:** Insônia inicial, terminal, ou no meio da noite; hipersonia; sonambulismo; terror noturno; apnéia do sono; alterações do ciclo sono-vigília (SCO, Demência), diminuição da necessidade de sono (Mania). 1, DSM, CID

**3.2- APETITE:** Aumento ou diminuição, com ou sem alteração no peso (considerar variações maiores que 5% do peso usual). 1, DSM, CID

**3.3- SEXUALIDADE:** diminuição ou aumento do desejo ou da excitação (depressão e mania); incapacidade de atingir o orgasmo; parafilias; ejaculação precoce, retardada, vaginismo.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

O1-Osório, CMS. Semiologia, Psicopatologia e Diagnóstico. Manuscrito não publicado, Porto Alegre, 1991.

1-KAPLAN, HI; SADOCK, BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry IV. VI, 6th ed, Williams & Wilkins, USA, 1995.

2-MACKINNON, RA; YUDOFKY, SC. A Avaliação Psiquiátrica na Prática Clínica. Cap 2: O Exame Clínico do Paciente. p48-93. Artes Médicas, Porto Alegre, 1988.

3-AKISKAL, HS. Diagnosis in Psychiatry and the Mental Status Examination. In: WINOKUR, G; CLAYTON, P eds. The Medical Basis of Psychiatry. WB Saunders, USA, 1986.

4-FLAHERTY, JA; CHANNON, RA; DAVIS, JM. Psiquiatria - Diagnóstico e Tratamento. Artes Médicas, Porto Alegre, 1990.

5-BROPHY, JJ. Psychiatric Disorders. in SCHROEDER, SA; TIERNEY, LM; McPHEE, SJ; KRUPP, MA, EDS. Current - Medical Diagnosis and Treatment. Appleton and Lange, USA, 1992.

6-OTHMER, E; OTHMER, SC. The Clinical Interview using DSM-III-R. American Psychiatric Press, 1984, USA.

7-HALES, RE; YUDOFKY, SC; TALBOTT, JA. Talbott - Textbook of Psychiatry. American Psychiatric Press, 1994, USA.

8-Glossário de Definições dos Sintomas - PSE. Londres, 1983.

CID-ICD-10 Simptom Glossary for Mental Disorders. Division of Mental Health - World Health Organization, Geneva, 1994.

DSM- American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed, Washington DC, APA, 1994.

K1-KAPLAN, HI; SADOCK, BJ. Comprehensive Glossary of Psychiatry and Psychology. Williams & Wilkins, USA, 1991.

F1-Mielnik, I. Dicionário de Termos Psiquiátricos.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.