

EXAME PSÍQUICO E PSICOPATOLOGIA

**PROFESSOR:
Regis Augusto Hashimoto**

EXAME PSIQUICO

- **Exame clínico:**
 - Anamnese (*do grego, ana = novo, mnesis = memória*)
 - Exame físico
 - Exame complementares: *descartar lesões orgânicas...*
- **Exame psíquico faz parte do exame clínico...**
 - *Sistematização = facilita seu uso prática!*

ALGUNS CONCEITOS

- **SÍNDROME** (*Do grego, syndromé = concurso*)
 - **Conjunto de sinais e sintomas que evoluem em conjunto**, por mecanismos variados, dependente de causas diversas
- **DOENÇA** (*Do latim, dolentia = Dor ou sofrimento*)
 - **Conceito abstrato criados pelos homens** relacionado ao desconforto, dor, incapacidade ou morte, em função de diversos fatores (sociais, econômicas e biológicas), que podem ser modificadas ou descartadas a qualquer momento.
- **DIAGNÓSTICO** (*Do grego, gnosis = reconhecer ou distinguir*)
 - Diagnóstico **sindrômico X nosológico** (*Do grego, Nosos = Doença*)
- **TRANSTORNO = PSQUIATRIA**
 - Conjunto de sintomas ou comportamentos reconhecíveis associados, na maioria dos casos, **a sofrimento e interferências de funções pessoais**

MÉTODO FENOMENOLÓGICO

- Método “DESCRITIVO” = Psíquica
- Instrumento:
 - “Mente do entrevistador”
 - Sua experiência emocional e cognitiva...
- Três etapas:
 1. Relato do paciente de sua “vivencia subjetiva
 2. Comparação com nossa vivência = Empatia e analogia
 3. Compreender a “experiência subjetiva” do paciente

SUMULA PSICOPATOLÓGICA

APRESENTAÇÃO

- Aparência e atitude

EXAME DO ESTADO MENTAL

- Consciência
- Atenção
- Orientação alopsíquica
- Orientação autopsíquica
- Memória
- Inteligência
- Linguagem

EXAME DO ESTADO PSIQUICO

- Afetividade e Humor
- Pensamento
- Imaginação
- Consciência do “eu”
- Sensopercepção
- Volição (conação)
- Psicomotricidade
- Prospecção
- Consciência de morbidade

APARÊNCIA

- **Cuidados higiênicos e estéticos**
 - roupas e maquiagem e adereços (brincos, colares, pulseiras...)
- **TIPOS:**
 - **Cuidada** ou **descuidada** (“desleixada”)
 - **Higiene corporal comprometida**
 - **Adequada**
 - **bizarra** (extravagante = qualidade diferente/exagerada para padrão da maioria)
 - **Exibicionista** = excessiva exposição do corpo
- **FÁCIES**
 - Triste, alegre, indiferente, de medo, ansiosa, desconfiada...
 - Fácies típica (sindrômica)

ATITUDES

- **Não cooperativo ou opositor:** recusa a participar da entrevista
- **Hostil:** ofende, ameaça, agride
- **Suspicaç:** desconfiança
- **Querelante:** discute e briga com examinador, sente-se prejudicado
- **Reivindicante:** exige e insiste em algo que julga ser seu direito
- **Arrogante:** Sabe mais que o profissional que o atende
- **Evasiva:** evita responder diretamente
- **Invasiva:** Pergunta da vida pessoal do examinador
- **Gliscróide:** Grudento, difícil de encerrar a conversa
- **Esquiva:** não deseja contato social
- **Inibida:** não encara o examinador
- **Desinibida:** não sente constrangimento, viola normas sociais
- **Sedutora:** tenta despertar o interesse sexual do examinador
- **Jacosa:** brincando, fazendo piadas inconvenientes
- **Irônica:** brincadeira expressando arrogância
- **Simuladora:** Parece ter sintoma que não tem
- **Dissimuladora:** ocultar um sintoma existente
- **Outras:** Indiferente, Manipuladora, Submissa, expansiva, ...

CONCIÊNCIA (VIGILÂNCIA)

- **É o conhecimento que temos de nós mesmos e do mundo externo...**
- **É o estado de “lucidez” ou “Vigília” (ACORDADO)**
- **Somente através dele, demais processos psíquicos podem ocorrer...**
- **SONO**
 - Estado “normal”, fisiológico de abolição do nível de consciência

CONCIÊNCIA

Alterações Qualitativas

- **Estados crepusculares** “Estreitamento do consciência”
 - Atividade mental focada em um “objeto”... Resposta automáticas e semi-coerentes
 - Início e fim súbitos... Dura de segundos a semanas... Esquecimento pós-crise...
- **Podem ocorrer:** Antes ou depois de dormir (Fisiológico)

Alterações Quantitativas

- **A consciência somente se altera para baixo!** Não há HIPERCONSCIÊNCIA
- **Classificação subjetiva = *Rebaixamento do nível de consciência***
 - **Obnubilação** = Sonolento, responde a voz
 - **Torpor** = Sonolento, responde a dor
 - **Comatoso** = abolição total da consciência
- **Diferencial:**
 - **Estupor** = Redução da psicomotricidade
 - **Estado confusional** = *Delirium*
 - **Estado onírico** = Sintomas psicóticos (Delírio e alucinação)

CONCIÊNCIA

Uniformidade de classificação: Escala de coma de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

ATENÇÃO

- É o processo através da qual a consciência é direcionada para determinado estímulo
 - **Voluntária** = Intencional (Ex: “Estudar”)
 - **Espontânea** = Não consciente ou intencional (Ex: “Susto”)
- Divide-se:
 - **Tenacidade**
 - capacidade de concentração
 - **Mobilidade da atenção (Vigilância)**
 - Capacidade de mudar sua atenção de um objeto
 - Termo “*Vigilância*” gera confunde com “*consciência*”

ATENÇÃO

Alterações Quantitativas

- **Na prática, NÃO EXISTE HIPERPROSEXIMA**
 - Não há ↑ global (tenacidade e mobilidade) da atenção, apenas redução...
- **Hipoprosexia**
 - Redução da tenacidade e mobilidade. *Ex: Fadiga, tédio, sonolência...*
- **Aprosexia**
 - Abolição global da atenção. *Ex: Coma...*

Alterações Qualitativas (Paraprosexias ou disproxesias)

- Tenacidade e Mobilidade de atenção se movimentam em sentidos opostos
- **Rigidez de atenção (distráido ou hiperprosexia)**
 - Hipertenacidade (↑ concentração) e hipomobilidade (fixa atenção). *Ex: Lendo um livro...*
- **Labilidade de atenção**
 - Hipotenacidade (↓ concentração) e hipermobilidade (↑ distração). *Ex: Mania, intoxicação por drogas, delirium...*

QUESTÃO

- Utilizando-se da súmula psicopatológica, na avaliação da Atenção. Qual o achado que não se pode encontrar na prática clínica:
 - (a) Hiperprosexia (aumento da tenacidade e mobilidade de atenção)
 - (b) Hipoprosexia (redução da tenacidade e mobilidade de atenção)
 - (c) Labilidade da atenção (hipotenacidade e aumento da mobilidade da atenção)
 - (d) Rigidez da atenção (hipertenacidade e redução da mobilidade da atenção)

ORIENTAÇÃO

- **É a capacidade de se situar a si mesmo e ao ambiente**
- **Divide-se:**
 - **Autopsíquica** = Refere-se a própria pessoa
 - Consciência do eu
 - **Alopsíquica** = Refere-se ao mundo externo
 - Temporal
 - Espacial
 - Quando a outras pessoas
 - Situacional

ORIENTAÇÃO ALOPSÍQUICA

- **Via de regra:** Orientação no tempo altera-se primeiro que a espacial...
- **Pode ser:**
 - Quantitativa = **Desorientação** (“Esquecer”)
 - Qualitativa = **Falsa orientação** (“Errar”)
- **Na prática:** Sua alteração nunca será “isolada”. É o resultado do acometimento de outras funções psíquicas

<u>PREJUÍZO PRIMÁRIO</u>	DESORIENTAÇÕES (Alteração quantitativa)	FALSA ORIENTAÇÕES (Alteração qualitativa)
Consciência (Delirium)	Confusional	Confusio-oniroide
Campo de consciência (Estado crepuscular)	Por estreitamento da consciência	Por estreitamento da consciência
Pensamento (Delírio)	Delirante	Delirante
Afeto e conação (Apatia)	Apática	-
Inteligência	Por déficit intelectual	-

QUESTÃO

- Paciente, 72 anos, masculino, previamente hígido, encontra-se internado na enfermaria de geriatria, com quadro de Pneumonia. Encontra-se apresenta febril, com oscilação do nível de consciência, agitação psicomotora, que piora no período noturno e quando seu filho está ausente. Você pergunta se ele sabe onde se encontra. Ele responde que **está na fazenda onde reside**. Em relação **a orientação deste paciente**, ele se encontra:

- (a) Desorientação delirante
- (b) **Falsa orientação confuso-oniroide** PSICOSE
- (c) Desorientação apática
- (d) Falsa orientação paraamnésica

QUESTÃO

- Paciente deu entrada na emergência clínica com quadro de rebaixamento do nível de consciência. Encontra-se **sonolento** e **responde somente ao estímulo doloroso**. Você descreve este estado como:

- (a) Obnubilação orinóide
- (b) Obnubilação simples
- (c) Torporoso
- (d) Comatoso

MEMÓRIA

- **APRENDIZADO** = Processo através da qual adquirimos conhecimento
 - Memórias: EXPLÍCITA (lembança) e IMPLÍCITA (automática)
- **MEMÓRIA** = Armazenamento desse conhecimento
 - **Sensorial ou de muito curto prazo:** Dura < 1 seg, apenas para percepção...
 - Muito frágil e limitada
 - **Curto prazo:** *Dura poucos seg. - min...*
 - Memória de trabalho (operacional)... Verbal, visuoespacial e executivo (atenção)
 - **Longo prazo:** Por anos até a vida inteira...
 - *Consolidação* das memórias de curto prazo (5-10min até 60min)... **repetida...**
- É fundamental para a sensopercepção (gnosias) e para a orientação

PROCESSO MNÊMICO

1. **Fixação** = Aquisição de novas informações
 - Depende: Vigilância, tenacidade, sensopercepção, Interesse, emoção...
2. **Conservação** = Manutenção da informação
 - *Lei da regressão de Ribot (Perde-se primeiro = Mais recentes, complexa e menos organizadas...)*
3. **Evocação** = Retorno consciente da informação
 - Processo de reconhecimento do *pretérito*

MEMÓRIA

Alterações Quantitativas

- **Amnésia (hipomnésia)** = Perda no processo mnêmica
- **Hipermnésia** = Aumento na capacidade mnêmica
 - **Pode ser:**
 - **Anterograda (de fixação)** = Armazenamento de informação...
 - **Retrograda (de evocação)** = Recordação...
 - **Retroanterograda (mista)**
 - **Generalizada** = Tudo... **Lacunar** = De um tempo... **Seletivas** = De um fato...

Alterações Qualitativas

- **Alomnésia** = Lembrança de evento real, de forma deturpada ou distorcida e involuntária
- **Paramnésia (“falsa memória”)** = Recordar de um fato passado que não ocorreu
 - **Fabulação** = Paramnésia orgânica (demência e *delirium*)
- **Criptomnésia** = Recordações passadas voltam a mente e parecem novas e atuais.
- **Ecmnésia** = Vivência em época anterior a sua vida. *Ex: Idosa brincando como criança*
- **Dejá vú (já visto)** = “nunca ocorreu um fato, mas tem impressão de já ocorreu”
- **Jamais vu (nunca visto)** = “JÁ ocorreu o fato, mas tem a impressão que nunca ocorreu”

QUESTÃO

- Paciente, 65 anos, masculino, procurou atendimento médico, por iniciar alteração comportamental. Sai na rua e se perde. Não se recorda de fatos recentes. Você realiza um teste. Pede para ele repetir o nome de três objetos, o que ele faz prontamente. Ao final da consulta, pergunta se ele lembra dos objetos que foi perguntado. O paciente diz que não se recorda. Esta alteração pode indicar uma:
 - (a) Amnésia retrograda
 - (b) Amnésia anterograda
 - (c) Amnésia mista
 - (d) Hipermnésia

IMAGINAÇÃO

- Criação de novas imagens ou conceitos ou de novas conexões entre as representações e conceitos preexistentes
- Não há alterações qualitativas, **somente quantitativas**
 - **Aumentada** = Mania, psicoses...
 - **Inibida** = Demência, retardo mental, *delirium*...
- *Pseudologia fantástica (mitomania)* = relato de histórias fantásticas e heroicas da qual o paciente é protagonista, com objetivo de impressionar os outros.

INTELIGÊNCIA

- É caracterizado por uma riqueza de conceitos, juízos que correspondem a realidade, por um raciocínio lógico formal
- É uma medida de rendimento do pensamento e do raciocínio
 - Genialidade = Extremo superior da inteligência
 - Déficit intelectual = oposto da genialidade.
- Testagem (**Quociente Intelectual = QI**) = **Psicologia**
 - Escalas WAIS (adultos) ou WISC (crianças) de Wechsler, com 11 subtestes (6 verbais e 5 executivos)
 - 68% tem um QI entre 85 – 110 (“normal”)

LINGUAGEM (FALA)

- **LINGUAGEM (FALA)**

- Sistema arbitrário de signos (fonemas e palavras)
- intermediário entre pensamento e o mundo externo

Alterações Quantitativas

- **Afasia e disfasia** = Perda da capacidade da fala (causa orgânica)
 - Afasia motora (Broca) e sensorial (Wernicke). *Associada com:*
 - **Agrafia** = Dificuldade de escrever
 - **Alexia** = Dificuldade de ler
- **Mutismo** = Perda fala, por negativismo ou inibição psíquica (Diferencial: AFASIA)
- **Hiperfonia e Hipofonia** = ↑ ou ↓ do volume da voz...
- **Taquilalia ou Badilalia** = ↑ ou ↓ da velocidade de expressão...
- **Hipoprosódia** = Fala monótona, redução da modulação afetiva
- **Hiperprosódia** = Acentuação inflexão verbal, fala enfática, loquaz (“radialista”)
- **Maneirismo verbal** = Fala rebuscada, exagero formal, jargões e gírias

LINGUAGEM (FALA)

Alterações Qualitativas

- **OLIGOLALIA (Laconismo)** = Expressão verbal diminuída, mas não abolida...
- **Mussitação** = fala para si mesmo, *sussurrada, incompreensível*
- **Sonilóquios** = Fala sozinho... *Não sussurrada...*
- **Verbigeração** (estereotipia verbal) = Repetição monótona, sem sentido (“É o teto, É o teto”)
- **LOGORRÉIA** = Expressão verbal aumentada.
 - Fala o tempo todo, difícil de interromper
 - Aceleração da fala, sem controle da velocidade e intensidade
- **Neologismo** = Palavras novas, ou já existentes com significado novo
- **Jarganofasia** = “Salada de palavras”, discurso sem sentido, ilógico

LINGUAGEM (FALA)

Alterações Qualitativas

- **Outras “Lalias”**
 - **Ecolalia** = Repetir as últimas palavras faladas pelo entrevistador
 - **Palilalia** = Repetir as últimas palavras faladas pelo próprio paciente
 - **Logoclonia** = Repete só as últimas sílabas faladas
 - **Coprolalia** = Presença de palavras obscenas, vulgares...
 - **Glossolalia** = Produz sons inteligíveis, parece falar outra língua
 - **Pedolalia** = Fala com voz infantilizada
- **Parafasias**
 - **Literal** = Substitui palavra, semelhança fonética (“faca por vaca”)
 - **Semântica** = Substitui palavra, semelhança semântica (“faca por garfo”)
- **Alterações de resposta**
 - **Latência de resposta** = Demora para responder
 - **Pararrespostas** = Respostas diferente do que é perguntado
 - **Respostas aproximadas** = Resposta “aproximada” de uma pergunta
 - “Síndrome de Ganser” = Pseudodemência dissociativa

QUESTÃO

- Paciente internado na enfermaria de clínica médica. Encontra-se não cooperativo, apático. Você foi chamado para avaliá-lo, pois ele encontra-se no canto do quarto, emitindo sons vocais incompreensíveis, sussurrada, para si mesmo. Você logo percebe que esta alteração como:

- (a) Afasia
- (b) Mutismo
- (c) Mussitação
- (d) Sonilóquios

AFETIVIDADE / HUMOR

- **AFETO** (*Do latim, Afficere = influenciar ou afetar*)
 - Estado psíquico subjetivo com propriedade de ser agradável ou desagradável
 - **SENTIMENTO** (*Do latim, sentire = através dos sentidos*)
 - Estado afetivo **menos intenso** e mais prolongado que a emoção
 - Sem alterações fisiológicas (Aspecto cognitivo maior = “Amor”)
 - **EMOÇÃO** (*Francês, emouvoir = comover*)
 - Estado afetivo, súbito, curta duração, **grande intensidade**,
 - Com alterações fisiológicas (“choro”, “ódio”, “raiva”)
 - **PAIXÕES**
 - **Intensidade das emoções**, duração maior (“apaixonado”)
 - Monopolizam e direcionam o pensamento e ação...
- **HUMOR**
 - É a **síntese dos afetos** na consciência
 - Oscilar: alegria, tristeza, irritabilidade, calma e ansiedade
 - *Disforia = Estado de humor desagradável*

AFETIVIDADE / HUMOR

Alterações Quantitativas

- **Exaltação afetiva**
 - ↑ intensidade do humor ou reação desproporcional a situação
 - **Hipertimia** = Alegria, euforia ou irritabilidade (*mania*)
 - **Hipotimia** = Humor triste (*depressão*)
- **Embotamento afetivo (“distanciamento”)**
 - ↓ intensidade, expressão emocional reduzida (*Esquizofrenia*)
 - **Anedonia** = Perda capacidade sentir prazer (*depressivo*)
 - **Mória** = Alegria vazia, tola, pueril (*retardo mental*)

QUESTÃO

- Paciente M.S.A., 35 anos, feminina, esquizofrênica. Encontra-se tranquila no momento. Refere sentimentos de ódio por seu pai, embora diga que ama muito ele. Esta alteração da afetividade pode ser conhecida como:

- (a) Labilidade afetiva
- (b) Incontinência afetiva
- (c) Rigidez afetiva
- (d) **Ambitimia**

AMAR E ODIAR AO MESMO TEMPO- CONTRADIÇÃO

PENSAMENTO

- **Pensar!**
 - Antecipar acontecimentos
 - Construção de modelos de realidade
 - Simulação do seu funcionamento
- **Existe:**
 - **Curso do pensamento** = Velocidade
 - **Forma do pensamento** = Encadeamento de ideias
 - **Conteúdo do pensamento** = Ideia conceitual

PENSAMENTO

Alterações Qualitativas (CURSO)

- **Aceleração** (Taquipsiquismo)
 - Aumenta produtividade ideativa
 - Aumento velocidade do processo associativo
- **Alentecimento** (Bradipsiquismo)
 - Redução das ideias
 - Inibição do processo associativo
- **Interrupção** (Bloqueio do pensamento)
 - Interrompe a fala antes de completar uma ideia
 - Pode-se iniciar um novo ciclo do pensamento

PENSAMENTO

Alterações Qualitativas (FORMA)

- **Fuga de ideias**
 - Variação rápida e incessante.
 - Afasta-se da ideia-alvo
 - Apresenta *coerência e lógica* do tema
- **Desagregação**
 - Perda do sentido lógico nas associações de ideias
 - Discurso *incompreensível, irracional, extravagante e inteligível*
- **Prolixidade**
 - Discurso repleto de detalhes e informações irrelevante
 - Ideia-alvo *não é* alcançada ou só tardiamente

PENSAMENTO

Alterações Qualitativas (CONTEÚDO)

- **Ideia delirante ou primária** (*Latim: “delirare”, fora dos sulcos*)
 - Juízo patologicamente falsos, irrealis, de conteúdo impossível
 - Convicção subjetiva absoluta e não susceptível a influencia
- **Ideias deliróides (delírios secundários)**
 - Ideias de culpa (Depressão) e de grandeza (mania)
- **Ideias sobrevalorizadas (Ideias prevalentes)**
 - Ideia errônea por superestimação afetiva
 - Influência catatímica que torna a realidade pouco racional
 - Convicção é menor e a ideia mais influenciável que os delírios

DELÍRIOS (Falsas crenças)

- O delírio é um falsa crença... As crenças e cultura local devem ser levadas em conta
- *DELÍRIO (alteração no conteúdo do pensamento)*
 - **Sistematizado:** Maior coerência interna entre as ideias
 - **Não sistematizado:** Fragmentado, caótico, desarticulado

TEMA DO DELÍRIO

- **Perseguição (mais comum)** = Falsa crença de ser vigiado, querem te prejudicar ou matar
- **De prejuízo** = Delírio que os outros zombam dele ou menosprezam
- **De reinvidicação (querelante)** = Falsa ideia de ser vitima de terríveis injustiças
- **Auto referência** = Sem ouvir, acredita que as pessoas ao redor estão falando dele
- **Influência** = Forças externa controla seu corpo e mente
- **Grandeza** = “Rico e poderoso ou ter habilidades ou talentos especiais”

OUTROS TEMAS DO DELÍRIO

- **Ruina** = “Vida repleta de desgraças”
 - **Somático (hipocondríaco)** = “Crença falsa de uma doença”
 - **Culpa (autoacusação)** = “Pequenas falhas são catástrofes”
 - **Negação (ou niilista)** = “Eu já morri”
- **Ciúme** = “O cônjuge é infiel”
- **Erotomaniaco** = “Falsa crença de ser amado, sem ser”
- **Místico** = “É Jesus Cristo, pode fazer milagres e fundar uma nova religião”
 - **Possessão:** Espírito entrou em seu corpo e assumiu o controle
- **Fantástico** = Temas extraordinários: “Pari todas as pessoas do mundo”
- **Identificação** = Síndrome de Capgras e Fregoli

Síndrome de Cotard

Delírio negação associado com ideias de imortalidade e enormidade

Síndrome de Capgras

Julga que uma pessoa familiar foi substituída por um sócio

Síndrome de Fregoli

Identifica um estranho como uma pessoa familiar

QUESTÃO

- Na psiquiatria, o delírio é uma falsa crença na realidade, que é difícil de ser contrariada, mesmo através da argumentação lógica ou prova material física, sendo um sintoma frequente nesta área. Na súmula psicopatológica, ela é uma alteração da:
 - (a) Consciência
 - (b) Sensopercepção
 - (c) Pensamento
 - (d) Consciência do eu

QUESTÃO

- Paciente, 22 anos, masculino, foi realizar um atendimento na Unidade Básica de saúde. Logo que ele entra, você percebe que ele encontra-se perplexo, inquieto, pupilas dilatadas, olhando para todos os lados. Seu pai refere que o quadro iniciou há 7 dias, após retornar de uma festa com os amigos. O pai trouxe o filho pois este não sai mais de casa e disse que várias pessoas querem mata-lo, inclusive agrediu seu irmão, pois achava que ele também fazia parte de um complô. Este paciente está apresentando um quadro de:

- (a) Alucinação verdadeira
- (b) Delírio primário de perseguição
- (c) Delírio secundário de ruína
- (d) Alucinose orgânica visual

CONSCIÊNCIA DO “EU”

- **Propriedade através da qual “o eu se faz consciente de si mesmo”.**
- *“Eu” psíquico e “eu” corporal = São indissolúveis*

Características

- **Consciência da atividade do eu**
 - Os nossos pensamentos, sentimentos, ações e recordações pertencem a nós
- **Consciência da existência do eu**
 - Estou vivo, existo plenamente e fisicamente = sentimento vital
- **Consciência da unidade do eu**
 - Sou único, inteiro e indivisível
- **Consciência da identidade do eu**
 - Consciência de ser o mesmo na sucessão do tempo
 - **Orientação autopsíquica:** *Saber o próprio nome, idade, profissão..*
- **Consciência dos limites do eu**
 - Separa o “eu” do ambiente externo e das vivências das outras pessoas...

Cheniaux, 2017

CONSCIÊNCIA DO “EU”

Alterações Quantitativas

- **Consciência da existência do eu**
 - **Aumentada:** “Aumento da vitalidade” (Mania)
 - **Diminuída:** “Reduz a intensidade sentimentos” (Tristeza)
 - **Abolida:** “Não existo mais, nunca existi, não estou vivo”
 - *Delírio de negação* = Síndrome de Cotard
- **Consciência da identidade do eu**
 - ***Desorientação autopsíquica***
 - Não sabe quem você é... Se não lembra do seu próprio nome
 - **Parcial:** Sabe no nome, não lembra sua idade

CONSCIÊNCIA DO “EU”

Alterações Qualitativas

- **Consciência da *atividade* do eu**
 - “Inserção” ou “roubo” de pensamento
 - Roubo de pensamento
- **Consciência da *unidade* do eu**
 - Dupla orientação autopsíquica (“Se divide em duas partes”)
- **Consciência da *identidade* do eu**
 - Falsa orientação autopsíquica (“Pessoa fala que é Jesus”)
 - Despersonificação = Perplexidade em relação ao próprio eu
- **Consciência dos *limites* do eu**
 - Apropriação = “Se galho quebra, sinto dor”
 - Transitivismo (Atribui suas vivências a outros) = “Ler pensamento”
 - Divulgação do pensamento

QUESTÃO

- Paciente, feminina, 19 anos, deu entrada na emergência clínica, acompanhada de familiares, com história de briga com namorado. A paciente refere que não lembra mais seu nome e não sabe mais quem é. Esta é uma alteração de:

- (a) Consciência da atividade do eu
- (b) Consciência da existência do eu
- (c) Consciência da unidade do eu
- (d) Consciência da identidade do eu

SENSOPERCEPÇÃO

- **Primeira etapa de cognição**
 - Conhecimento do mundo externo (fora da consciência)
- **Sensação**
 - Fenômeno passivo, físico, periférico e objetivo
 - Resultado produzidos por estímulos externos
 - Ex: Formas e cores de uma fotografia
- **Percepção**
 - Fenômeno ativo, psíquico, central e subjetivo
 - Integração das funções sensoriais
 - Ex: Quadro negro + Cadeira + Mesa + Alunos + Professor



SENSOPERCEPÇÃO

Alterações Quantitativas

- **Hiperestesia** = Aumento global da intensidade perceptiva
 - Ex: “Cores mais brilhantes” (Usuário de drogas)
 - Ex: Ruídos pequenos são intensificados (enxaqueca, ressaca...)
- **Hipoestesia** = Diminuição global da intensidade perceptiva
 - Ex: “O mundo está cinza” (Depressivo)
- **Anestesia** = Abolição da sensibilidade

- **Agnosias** = não reconhecer de estímulos visuais, auditivos ou táteis na *ausência de déficit físico sensorial*
 - Ex: *Agnosia visual = Ver a cor e forma de objeto sem reconhece-lo*

- **Alucinação negativa** = Ausência de registro sensorial no campo visual sem lesão de órgão.
 - Ex: “Não ver uma pessoa na sua frente, não sendo cego...”

- **Macropsia** = Objeto parece maior do que realmente são...
- **Micropsia** = Objeto parece menor do que realmente são...
- **Dismegalopsia** = Objetos parecem deformados...

SENSOPERCEPÇÃO

Alterações Qualitativas

- **Pareidolia**

- Imagem criada intencionalmente de percepções reais
- Ex: “Ver figuras nas nuvens”
- Pode significar boa capacidade imaginativa

- **Ilusão**

- Percepção, não intencional, falseada e deformada de um objeto real
- Ex: “Um tronco de árvore (objeto real) parece um animal (falsa percepção)”

SENSOPERCEPÇÃO

Alterações Qualitativas

- **Alucinação** (*Latim, alucinare = Privado de razão*)
 - Percepção sem objeto real ou estímulo no espaço externo
 - Ausência de crítica do paciente
- **Alucinose**
 - Diferencia da alucinação: Presença de crítica do paciente
 - Ex: Escotomas cintilantes (enxaqueca) e fenômeno do membro fantasma (amputados)
- **“Alucinação interna” (Pseudoalucinação)**
 - Localizada no espaço interno (“dentro da mente”)
 - Percepções falsas de vozes ou imagens “dentro da mente”

VIVÊNCIAS ALUCINATÓRIAS

- **Visuais** (Síndrome “Delirium”) ou **Auditivas** (Psicose delirante)
- **Olfativas e gustativas** (Pouco comuns)
- **Cutâneas** (térmicas, choques)
- **Cenestésia** (visceral) = “bicho dentro do abdome”
- **Cinestésica** (movimento) = “Sensação membro imóvel se mexendo”

QUESTÃO

- Paciente internado em leitos de saúde mental. Encontra-se lúcido e orientado, tranquilo, com discurso coerente. Refere que ouve a voz de sua mãe falecida que manda ele se comportar. Este sintoma da psicopatologia é conhecida como:

- (a) Delírios primários
- (b) Alucinação verdadeira
- (c) Pseudo-alucinação
- (d) Inserção do pensamento

CONAÇÃO / VONTADE

- É o conjunto de atividades psíquicas direcionadas para a ação. A conação é composta por:
 - **IMPULSOS** = Estado afetivo interno que induz a satisfazer uma necessidade.
 - (≠) **Instintos** = Comportamento inato, não afetivo, para preservação da vida e espécie
 - **VONTADE** = Processo psíquico de escolha entre várias possibilidades de ação
 - Atividade consciente e elaboração cognitiva a partir dos impulsos

PROCESSO VOLITIVO (CONAÇÃO)

(1) Intenção ou propósito	→ Tendência a ação = <u>Impulso</u>
(2) Deliberação ou análise	→ Ponderação consciente das alternativas
(3) Decisão	→ Opção por uma dessas alternativas
(4) Execução	→ Atividade da <u>psicomotricidade</u>

CONAÇÃO

Alterações Quantitativas

- **Hipobulia e Abolia**

- Diminuição e abolição GLOBAL da conação
 - *Indisposição, fraqueza, desânimo, falta de energia*

- **Enfraquecimento de impulso específico**

- Anorexia (fome)
- insônia (sono)
- perda da libido (desejo sexual)

- **Hiperbulia**

- Sentimento subjetivo de aumento GLOBAL da força, da energia, da disposição
 - desinibição e ↑ psicomotricidade (MANIA)

- **Intensificação de impulso específico**

- Bulimia (apetite)
- potomania (sede),
- hipersonia (sono),
- satiríase (desejo sexual homem),
- ninfomania (desejo sexual mulher)

CONAÇÃO /Vontade

Alterações Qualitativas (disbulias ou parabulias)

- **Atos impulsivos** = Súbitos e incontroláveis, prazerosos, desprovido de consciência
 - Ex: *Bulimia* (Hiperíngestão alimentar), *frangofilia* (destruir objetos), *piromania* (atear fogo), *dromomania* (fugir de um local), *dipsomania* (íngesta de álcool até desmaiar)
- **Atos compulsivos (compulsão)** = Imotivados e conscientes, não prazerosos.
 - O indivíduo sente-se compelido a fazer, tenta resistir e não consegue... Ao fazer sente-se aliviado...
- **Comportamento desviante dos impulsos naturais**
 - Ex: Automutilação, suicídio, alotríofagia (íngesta de coisas estranha), parafilias (perversões sexuais)
- **Ambitendência** = Incapacidade para decidir, por tendência volitivas opostas
 - Ex: quer ficar próxima de uma pessoa, ao mesmo tempo, não quer...
- **Negativismo** = Resistência não deliberada e incomprensível a solicitação externa
 - **Reação de último momento** = Desaparecimento súbito de uma conduta negativista
- **Sugestionabilidade patológica** = Tendência exagerada a atender as solicitação externa
 - **Obediência automática** = Extremo da sugestionabilidade

QUESTÃO

- A conação é um conjunto de atividade psíquicas voltadas para ação. O processo volitivo é dividido em quatro etapas. A sequência exata do processo volitivo é:
 - (a) Analise, impulso, decisão e psicomotricidade
 - (b) Intenção, deliberação, decisão e ação
 - (c) Decisão, impulso, psicomotricidade e ação
 - (d) Deliberação, decisão, análise e psicomotricidade

PSICOMOTRICIDADE

Alterações Quantitativas

- **Apraxia** = Dificuldade de realizar atos motores intencionais, na ausência de paralisia, déficits sensoriais e incoordenação motora...
 - **IDEOMOTORA** = Perda da capacidade de movimentos simples (“bater um prego”)
 - **IDEATIVA** = perda da capacidade de movimentos sequenciais (“dobrar uma carta, colocar *em* um envelope, lacrar e colar um selo”)
- **Hipercinesia (exaltação psicomotora)** = Aumento da atividade motora voluntária
 - Inquietação → Agitação → Furor
- **Hipocinesia** = Redução generalizada dos movimentos voluntários
- **Acinesia (estupor)** = Abolição dos movimentos voluntário

PSICOMOTRICIDADE

Alterações Qualitativas

- **Ecopraxia** = Repetição, automática e despropositada, das ações executadas por outra pessoa
- **Esterotipias** = Ação desprovida de finalidade e sentido, repetitiva, uniforme e de grande frequência
- **Maneirismo** = Movimentos expressivos (gestos) se tornam exagerados, rebuscados, estilizados ou desarmônicos
- **Perseveração motora** = Repetição sem sentido de uma ação motora que inicialmente foi executada adequadamente
- **Interceptação cinética** = Interrupção brusca e incompreensível, no meio, de um movimento já iniciado
- **Flexibilidade cerácea** = Rigidez muscular facilmente vencida (corpo moldável como cera)
- **Catalepsia** = Rigidez muscular difícil de ser vencida

QUESTÃO

- Paciente J.E.S, 24 anos, masculino, com esquizofrenia catatônica. Não há alterações neurológica. Porém, encontra-se imóvel, com rigidez muscular que não é vencida ao esforço do examinador. Essa alteração da psicomotricidade é conhecida como:

- (a) Flexibilidade cerácea
- (b) Catalepsia
- (c) Maneirismo
- (d) Perseveração motora

QUESTÃO

- Paciente J.E.S, 24 anos, masculino, portador de esquizofrenia. Não há alterações neurológica. Paciente apresenta **abolição total dos movimentos voluntários**, além de olhar fixo e mimica empobrecida. O paciente não apresenta nenhuma alteração em sistema nervoso central ou periférico. **Essa alteração é conhecida como:**

- (a) Torpor
- (b) Estupor
- (c) Apraxia ideomotora
- (d) Hipercinesia

QUESTÃO

- Paciente P.S.C, 34 anos, masculino, procurou auxílio médico por quadro de ansiedade. Durante a entrevista, o mesmo refere que demora demais para sair de casa, pois tem que lavar as mãos constantemente, pois sente-se sujo. Faz isso várias vezes ao dia. Sente-se angustiado, pois entende que isso não é normal, mas não consegue vencer este ímpeto. Esta alteração é:

- (a) Ato impulso
- (b) Ato compulsivo
- (c) Obsessão
- (d) Ambitência

PROSPECÇÃO

- É o planejamento que o indivíduo faz quando à própria vida. Expectativa que se tem em relação ao futuro.
 - Alterações quantitativas: Presente X Ausente (Ex: Retardo mental)
 - Alterações qualitativas: Exequível X Inexequível (impossível)
 - Ex: “Vou eliminar agora todas as doenças do mundo” (Delirante)

PRAGMATISMO

- Capacidade de colocar em prática, o que se deseja ou planeja. É uma medida da eficácia da função psíquica. Ele só se altera para menos:
 - Hipopragmatismo (Redução)
 - Apragmatismo (Abolição)
- Transtornos mentais levam a certo grau de hipopragmatismo.
- Ex: Estados maníacos pode haver hiperbulia (intensificação da vontade) com hipopragmatismo (não termina o que começa)

CONSCIÊNCIA DE MORBIDADE

- Entendimento que o indivíduo tem sobre o seu estado de saúde
 - Reconhecer que determinada vivência ou comportamento é anormal ou que uma doença o está acometendo (mental ou física)
 - Sua Ausência é comum na psiquiatria, mas não é exclusiva.
 - Ex: Paciente com doença grave ou incurável, nega que esteja doente

QUESTÃO

- Na psicopatologia, o planejamento que o indivíduo faz quanto a própria vida, e reflete a expectativa que ele tem em relação ao seu futuro é:
 - (a) Imaginação
 - (b) Pragmatismo
 - (c) Prospeção
 - (d) Conação

QUESTÃO

- Paciente, 30 anos, feminina, vendedora, deu entrada na emergência psiquiátrica, por apresentar história de alteração comportamental há 1 mês, compra roupas, sapatos e adereços desnecessários, endividada, gasta todo seu dinheiro. A mãe refere que ela foi despedida, pois vou descoberta que estava roubando roupas da loja em que trabalhava, não sendo a primeira vez. Na entrevista, a paciente diz que não sabe porque está sendo consultada, pois não tem nenhum problema. Que seus atos são justificados porque o governo “rouba” a população e ela só está pegando o que lhe é de direito. Você tenta dissuadi-la, explicando que seu comportamento não é adequado. A mesma começa a discutir com você, sente-se injustiçada e que ela pode fazer o que bem entender, pois tem este direito. As alterações observadas foram:
 - (a) Atitude evasiva e delírios de grandeza
 - (b) Atitude negativista e alucinação visual
 - (c) Atitude irônica e consciência de morbidade presente
 - (d) Atitude querelante e consciência de morbidade ausente

SINDROMES PSIQUIÁTRICAS

SINDROMES	PRINCIPAIS SINTOMAS
Ansiosa	Exaltação afetiva (nervosismo), Labilidade de atenção, hipomnésia anterógrada, logorréia, aceleração do pensamento, diminuição da latência de resposta, impulsividade (conação), insônia e hipercinesia (psicomotricidade). Não ligada a um objeto específico.
Fóbica	Tipo de ansiedade, reação desproporcional a situação ou atividade específica, reação irracional e comportamento de esquiva
Depressiva	Tristeza (exacerbação afetiva), hipobulia ou abulia (conação), e inibição do curso do pensamento (lentificação do pensamento)
Maníaca	Euforia ou irritabilidade (exacerbação afetiva), fuga de ideias (forma do pensamento), agitação psicomotora
Estado de humor misto	Superposição de sintomas maníacos (euforia) e depressivos (tristeza), alentificação do pensamento, abulia 9conação), fuga de ideias (pensamento) e agitação psicomotora,
Obsessiva-compulsiva	Obsessões (pensamento) e comportamento compulsivo (conação)

SINDROMES PSIQUIÁTRICAS

SINDROMES	PRINCIPAIS SINTOMAS
Conversiva	Queixa somáticas (Psicomotricidade), autossugestão patológica sem disfunções (Conação). <u>Sem</u> evento estressor. Vivências parecem reais!
Dissociativa	Alterações da consciência ou da memória, agitação ou estupor (psicomotricidade), sugestionabilidade patológica (conação), <u>Com</u> evento estressor. Vivências parecem reais!
Hipocondríaca	Crença de ter uma doença física (ideia sobrevalorizada), hiperestésias (sensopercepção), rigidez de atenção, sem consciência de morbidade!
Anoréxica	Diminuição do apetite (conação), ideias sobrevalorizadas (pensamento), macropsia: “Vê gordo, mesmo magro” (sensopercepção), ausência de consciência de morbidade
Bulimia	Aumento do apetite, perda do controle, impulsividade (conação), mecanismo compensatório (indução de vômitos)

SINDROMES PSIQUIÁTRICAS

SINDROMES	PRINCIPAIS SINTOMAS
Despersonalização-desrealização	Distanciamento e estranheza de si mesmo e do próprio corpo (despersonificação) ou em relação ao ambiente (desrealização_
Delirante-alucinatório	Delírios (conteúdo do pensamento), alucinações (sensopercepção)
Paranoide	Delírios paranoico (conteúdo do pensamento), sem alucinações
Alucinatório	Alucinação (sensopercepção), sem delírios
Hebefrênica	Desagregação do pensamento, embotamento afetivo, paratimias (afetividade), hipopulia (conação), aparência descuidada, maneirismo (psicomotricidade), comportamento pueril
Apática-abulímica	Embotamento afetivo, hipobulia (conação), desorientação alopsíquica, indiferença, aparência descuidada.
Catatônica	Negativismo (psicomotricidade), sugestionabilidade patológica, obediência automática (conação)

SINDROMES PSIQUIÁTRICAS

SINDROMES	PRINCIPAIS SINTOMAS
Amnéstica	Amnésia de fixação, não há prejuízo global da cognição, desorientação, falsa-orientação alopsíquica
Demência	Consciência, amnésia de fixação, prejuízo global da cognição.
Delirium	Rebaixamento do nível de consciência, prejuízo global da cognição, de curso agudo, flutuante, pensamento empobrecido e desorientação.
Retardo mental	Intelectivo abaixo da média, atitude pueril, pensamento empobrecido, labilidade afetiva (episódios coléricos), perseveração motora (psicomotricidade), desorientação alopsíquica, hipomnésia de fixação
Autismo	Comprometimento global no desenvolvimento infantil, prejuízo na interação social e comunicação, comportamento restrito e repetitivo, embotamento afetivo, impulsividade (conação), inteligência abaixo da média ou ilhas de genialidade (Asperger)

SEMIOLOGIA PSIQUIATRICA - FIM

EXAME NEUROLÓGICO

PROFESSOR:
Regis Augusto Hashimoto

Exame neurológico

1. Enfatizar a importância da anamnese
2. Sistematizar a avaliação neurológica
3. Destacar os pontos importantes do exame físico
4. 4 Detalhar as alterações encontradas
5. 5. Correlacionar com as principais doenças

Mini-mental

Avaliação déficit cognitivo

- Orientação
- Registro de dados
- Atenção e cálculo
- Memória
- Linguagem
- Nomeação
- Repetição
- Compreensão
- Leitura
- Escrita

ORIENTAÇÃO (10 pontos)

1. Dia da semana
2. Dia do mês
3. Mês
4. Ano
5. Hora aproximada
6. Local onde se encontra
7. Endereço (como chegou ao local de exame)
8. Andar/ setor
9. Cidade
10. Estado

RETENÇÃO OU REGISTRO DE DADOS (3 pontos)

vaso, carro, janela. (anotar número de tentativas)

ATENÇÃO E CÁLCULO (5 pontos)

(100-7) sucessivos ou soletrar "mundo" invertido

MEMÓRIA (3 pontos)

Recordar os objetos do item retenção ou registro de dados

LINGUAGEM (9 PONTOS)

Nomear uma caneta e um relógio (2 pontos)

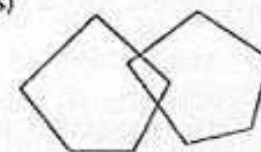
Repetir: "Nem aqui, nem ali, nem lá." (1 ponto)

Obedecer à ordem: "Pegue o papel com sua mão direita, dobre-o ao meio e coloque-o sobre a mesa." (3 pontos)

Ler e obedecer: "Feche os olhos." (1 ponto)

Escrever uma frase (1 ponto)

Copiar o desenho (1 ponto)



Escolaridade	Nota de corte mínima considerada normal
Analfabetos	14
4 anos	18
4-7 anos	20
Ensino fundamental completo (8 anos)	21
Ensino médio completo (11 anos)	23
Ensino superior completo	26

ANAMNESE NEUROLÓGICA

- **HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL**
 - Data do início da doença
 - Modo de instalação (rápido X lento)
 - Evolução cronológica do sintoma
- **ANTECEDENTES PESSOAIS**
 - Condições do nascimento
 - Parto, fórceps, circular de cordão, cianose...
 - Desenvolvimento psicomotor
 - Firmou a cabeça (4meses), sentou (7 meses) e andou e falou (16 meses)
 - Doenças anteriores

CEFALÉIA

- Varias causas:
 - Vascular, tensional
- Localização:
 - Hemicraniana (Esquerda ou direita)
 - Holocraniana
- Associação com outros sintomas:
 - vômitos, diplopia, convulsões

Estado de Consciência

Vigília



Coma

- **Obnubilação:** estado de alerta esta levemente a moderadamente comprometido
- **Sonolência:** desperta facilmente, responde mais ou menos apropriadamente e volta a dormir
- **Confusão mental:** perda de atenção e linearidade do pensamento
- **Torpor:** alteração de consciência mas responde a fortes estímulos
- **Coma:** Não responde nem a fortes estímulos

Escala de coma de Glasgow.	
Abertura dos olhos	
Espontânea	4
Ao comando verbal	3
À dor	2
Sem resposta	1
Resposta motora	
Ao comando verbal	6
À dor	
Localiza o estímulo	5
Flexão normal do membro estimulado	4
Flexão anormal	3
Extensão	2
Sem resposta	1
Resposta verbal	
Orientada	5
Desorientada ou confusa	4
Inapropriada	3
Incompreensível	2
Sem resposta	1

TONTURA E VERTIGEM

- Tontura = instabilidade do equilíbrio e marcha
- Vertigem = caráter rotatório
- Tontura de caráter rotatório
 - Começa de forma aguda, geralmente acompanhada de náuseas, vômitos, desequilíbrio, palidez e sudorese (causa vestibular)
- Tontura com sensação de desmaio:
 - Acompanhada de palidez e escurecimento da visão (alteração do fluxo sanguíneo)

TREMORES

- **Tremor de repouso:** fino, desaparece com o movimento, ocorre no parkinsonismo
- **Tremor vibratório:** fino e rápido (Caráter emocional e alcoolismo)
- **Tremor de atitude:** ao colocar o membro em uma posição ele treme (Flapping ou Asterix)
- **Tremor de ação:** aparece ou piora com o movimento (doenças cerebelares)

MOVIMENTOS INVOLUNTÁRIOS

- **Coreia:** movimentos rápidos, amplos, desordenados e involuntários
- **Atetose:** movimentos lentos como os de um polvo. Indica lesões dos núcleos da base (kernicterus)
- **Tiques:** movimentos involuntários
- **Discinesias orofaciais:** movimentos rítmicos e bizarros (psicoses, uso de fenotiazinas)

CONVULSÕES

- **Descargas bioelétricas (epilépticas) em pontos específicos do cérebro**
 - Movimentos musculares súbitos e incoordenados, involuntários e paroxísticos
- **Generalizados ou focais**
 - **Convulsões tônicas:** sustentadas e imobilizam as articulações
 - **Convulsões clônicas:** rítmicas, contração alternada com relaxamento muscular
 - **Convulsões tônico-clônicas**
- **Focal (Parciais)**
 - **Parciais simples:** não há perda da consciência, abalos nos membros ou face
 - **Parciais complexa:** HÁ Perda da consciência com “Aura epiléptica”
- **Generalizada (Crises de ausência)**
 - Breve período de PERDA de consciência (5 a 30 segundos)
 - Leve tremor de palpebral
 - Criança ‘distraída’

AMNÉSIA (PERDA DA MEMÓRIA)

- **Amnésia parcial:**
 - Permanece por algum tempo sem lembrar de alguns fatos
- **Amnésia total:**
 - Não lembra de toda sua vida pregressa
- **Amnésia anterógrada (de “fixação”)**
 - Perda de memória de eventos posteriores ao acontecimento da doença
 - Deficiência em formar *novas memórias* (Ex: doença de Alzheimer)
- **Amnésia retrógrada (de “evocação”)**
 - Não consegue se lembrar de eventos anteriores a doença (Ex: TCE)

DISTÚRBIOS VISUAIS

- **Ambliopia** = Redução da acuidade visual
- **Amaurose** = perda total da visão
- **Hemianopsia** = Defeito campimétrico (perde a visão na metade do campo visual)
- **Diplopia** = vê imagens duplicadas

DISTÚRBIOS AUDITIVOS

- **Hipoacusia** = deficiência auditiva
 - Deficiência na condução
 - Deficiência neurosensorial

DISTURBIOS DA COMUNICAÇÃO

- **Disartria** = Alteração da articulação da palavra falada
- **Disfonia** = Alteração do timbre da voz (XI par)
- **Dislalia** = Alteração da articulação da palavra falada sem haver causa neurológica
- **Disritmolalia** = taquilalia e gagueira (Disfemia)
- **Disgrafia** = Grafia irregular
- **Afasia**

AFASIAS

- **Afasia motora ou verbal (de Broca)**
 - Dificuldade de expressar-se pela fala ou escrita
 - Indica lesão em opérculo e área motora do Hemisfério esquerdo
- **Afasia sensorial (de Wernicke)**
 - Dificuldade em compreender a fala e escrita
 - Indica lesão do giro superior e posterior do lobo temporal Esquerdo
- **Afasia global**
 - afeta compreensão e expressão

DISTÚRBIO DA GNOSIA (Reconhecimento)

- **Agnosia auditiva**
- **Agnosia visual:** cegueira cortical
- **Estereoagnosia:** perde o reconhecimento pelo tato
- **Prosopoagnosia:** reconhecimento de fisionomias
- **Autoprosopoagnosia:** reconhecimento da própria fisionomia
- **Exemplos:** Lesão de córtex parietal, temporal e occipital

DISTÚRBIOS DAS PRAXIAS

- **Praxia** = atividade gestual consciente e intencional
- **Apraxia** = não consegue efetuar determinado ato apesar de entendê-lo
- **Atos simples** = mostrar os dentes, vestir uma camisa, andar, executar uma ordem motora

EXAME PESÇOCO E COLUNA CERVICAL

- **Exame das carótidas:**
 - Palpação e ausculta
- **Exame de mobilidade cervical:**
 - Extensão, flexão, rotação e lateralização
- **Rigidez de nuca:**
 - flexão suave da cabeça
- **Prova de Brudzinski:**
 - flexão forçada da cabeça com flexão involuntária dos membros inferiores



EXAME DA COLUNA LOMBOSACRA

- **Limitação do movimento**
 - Extensão, flexão, rotação e lateralização
- **Prova de Lasegue:**
 - Elevação do MI a 30 graus, com dor na face posterior da perna
- **Prova de Kernig:**
 - Flexão do membro inferior em 90 grau em extensão da perna, refere dor
- **Indica:** meningite ou Hemorragia subaracnóidea ou radiculopatia

PALPAÇÃO DOS NERVOS

- Nervo cubital (ulnar)
- Nervo radial
- Nervo mediano
- Nervo fibular
- Nervo tibial posterior



Figura 4 - Palpação do nervo radial



Figura 5 - Palpação do nervo ulnar



Figura 6 - Palpação do nervo mediano



Figura 7 - Palpação do nervo fibular



Figura 8 - Palpação do nervo tibial posterior

EXAME DA MARCHA

EQUILIBRIO “DINAMICO”

- a) **Marcha ceifante (hemiplégica):** flexão do cotovelo, pronação da mão e elevação do MI ipsilateral
- b) **Marcha anserina:** inclina para Direita e para Esquerda
- c) **Marcha parkinsoniana:** cabeça para frente, corpo em bloco, parece que vai cair para frente
- d) **Marcha cerebelar:** incoordenação, ‘bêbado’
- e) **Marcha de pequenos passos:** atrofia cortical senil
- f) **Marcha escarvante:** levanta o MI como um ganso
- g) **Marcha em tesoura:** pés se arrastam e se cruzam (paralisia cerebral)

EQUILIBRIO ESTÁTICO

- **Prova de Romberg** = ficar em pé com olhos fechados
 - Resultado positivo: desequilibrar para um dos lado
 - Indica: lesão do aparelho vestibular ou vias proprioceptivas



MOTILIDADE VOLUNTÁRIA

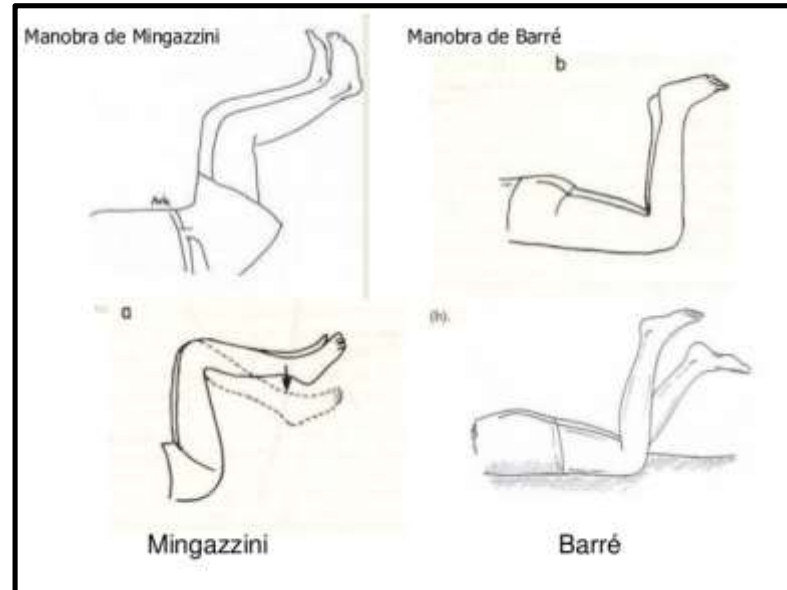
- **MOVIMENTOS ATIVOS**
 - contar dedos
- **FORÇA MUSCULAR**
 - normal, diminuição leve, moderada, muito reduzida, abolida
- **COORDENAÇÃO MOTORA**

TROFIA E TONICIDADE MUSCULAR

- **Tonicidade da Musculatura** = Capacidade de contração muscular
 - Normotônico
 - Hipotônico ou flácido
 - Hipertônico ou espástico
- **Trofia da musculatura** = Massa muscular
 - Normal
 - Hipotrófico
 - Hipertrófico

PROVAS DEFICITÁRIAS PARA FORÇA MUSCULAR

- **Prova de Barré**
 - Decúbito ventral, flexão do joelho
- **Prova de Mingazzini**
 - Flexão da articulação do quadril e joelho
- **Prova dos braços estendidos**



AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO

- **Ataxia:** perda da coordenação
- **Prova dedo-nariz (olhos abertos e fechados)**



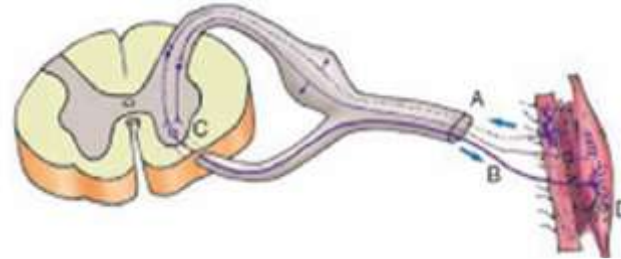
- **Prova calcanhar-jelho**



- **Prova dos movimentos alternados (abrir e fechar a mão, pronação e supinação)**

AVALIAÇÃO: REFLEXOS CUTÂNEOS

- **Reflexos cutâneos**



- **Cutâneo-plantar (L5-S2):** estímulo na borda lateral da planta do pé, com flexão dos dedos
 - Se houver extensão: **sinal de Babinski** = Lesão piramidal

- **Cutâneo-abdominal:**

- superior T6-9
- médio T9-11
- inferior T11-12

- **Reflexo cremásterico: L-1-2**



Exame: Reflexos profundos



- Presentes = estímulo em 1 ponto
- Simétricos
- Graduação
 - Grau 0 = ausente ou abolido
 - Grau (-) = hiporeflexia ou diminuído
 - **Grau (+) = presente e normal**
 - Grau (++) = Reflexo vivo
 - Grau (+++) hiperreflexivo ou exaltado



Figura 9 – Reflexo bicipital: nervo radial, raiz e centro reflexógeno C5-C6.



Figura 10 – Reflexo bicipital: nervo musculocutâneo, raiz e centro reflexógeno C5-C6.

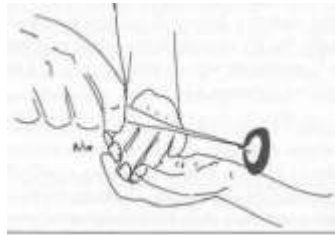


Figura 12 – Reflexos flexo dos dedos: nervo mediano e raiz e centro reflexógeno C6-T1.



Figura 11 – Reflexo tricipital: nervo radial raiz e centro reflexógeno C7-C8.

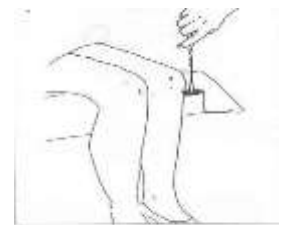


Figura 13 – Reflexo patelar: nervo femoral raiz e centro reflexógeno L2 a L4.



Figura 14 – Reflexo aquileu: nervo tibial, raiz e centro reflexógeno L5 a S2. A) Com o paciente deitado. B) Com o paciente sentado sobre a cadeira.

MMSS

MMII

SENSIBILIDADE

- Superficial (tátil, térmica e dolorosa) = Hipoestesia, anestesia, hiperestesia
 - Tátil – algodão
 - Térmica – tubo com água (45 graus)
 - Dolorosa – estilete rombo
 - Profunda ou proprioceptiva – diapasão (sensibilidade vibratória) 125 hertz



Figura 17 - Pesquisa de sensibilidade da córnea, com uso de fio dental



Figura 18 - Pesquisa da sensibilidade térmica com tubo de ensaio



Figura 19 - Pesquisa da sensibilidade tátil com algodão seco

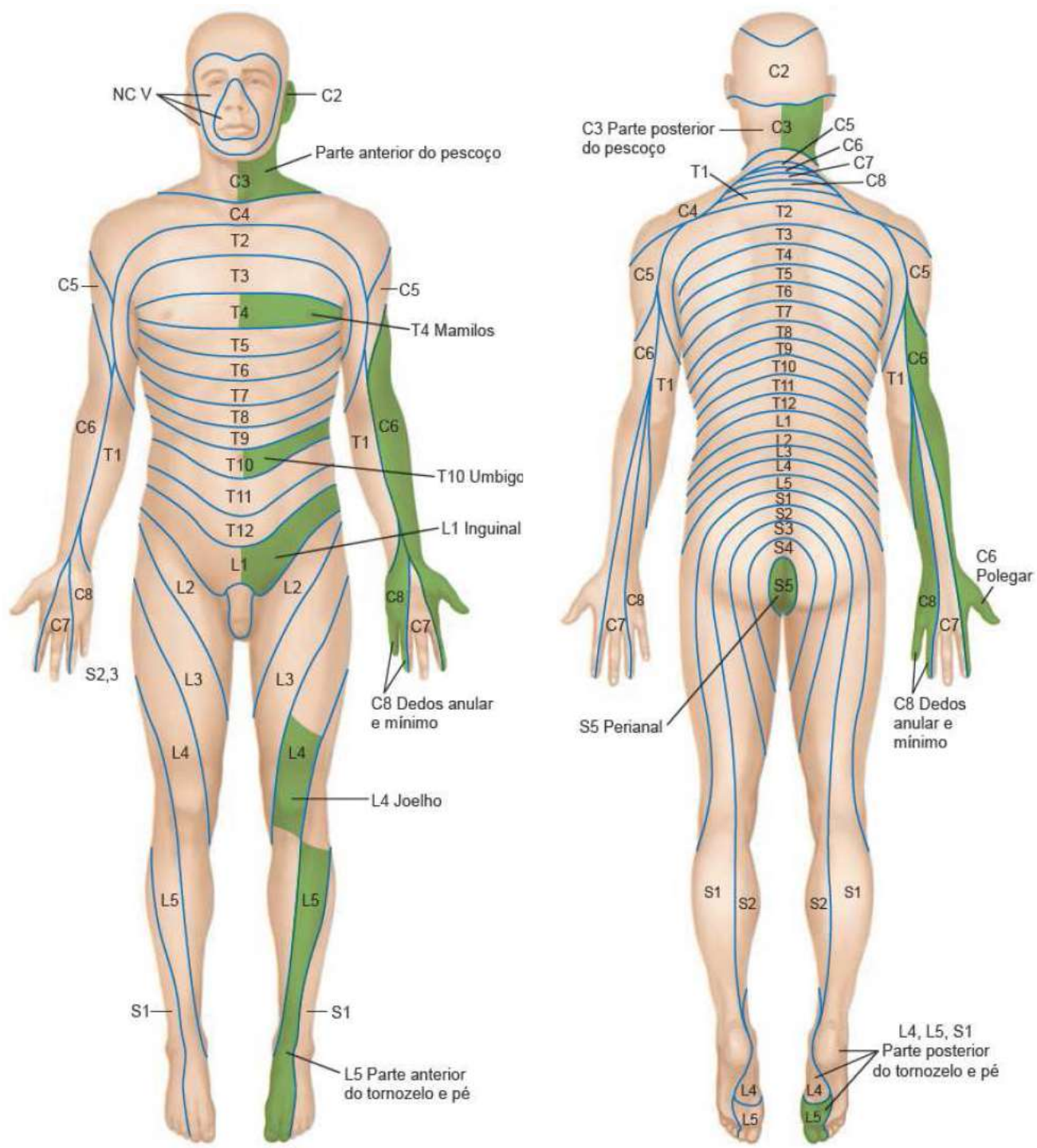


Figura 20 - Pesquisa de sensibilidade protetora com uso de caneta esferográfica



- Estereognosia- reconhecer objeto com a mão

DERMATOMOS



EXAME NEUROLÓGICO II

AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS

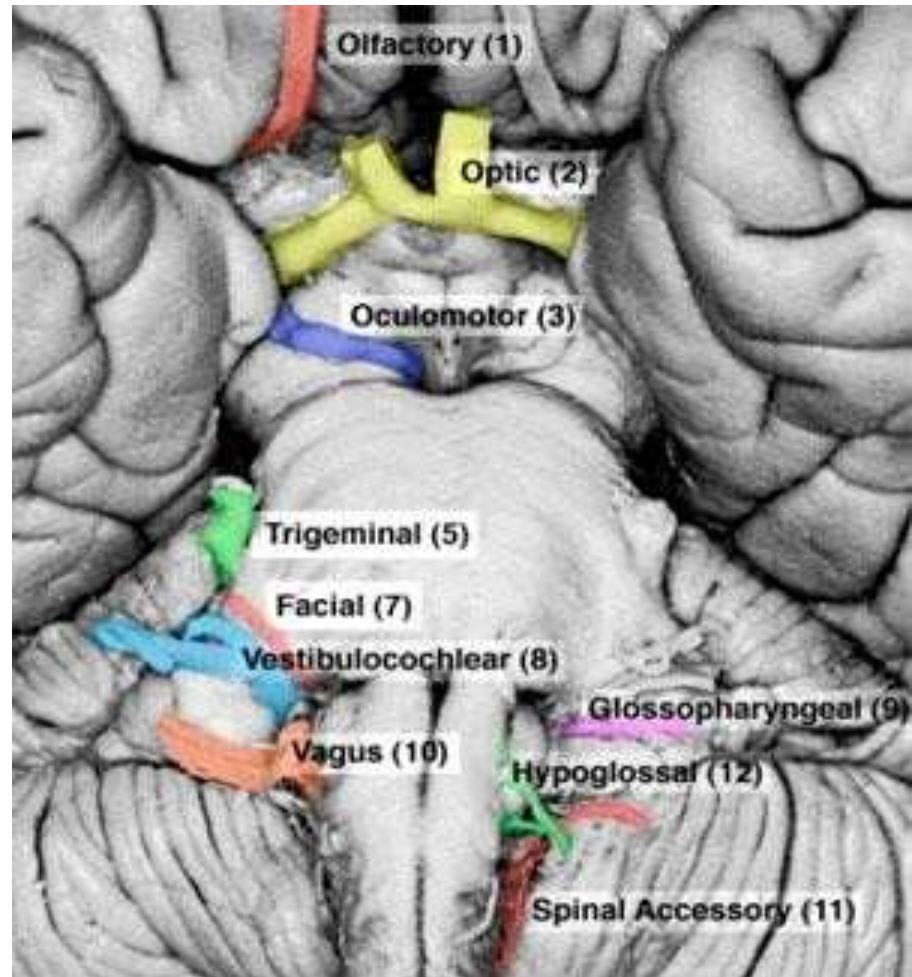
PROFESSOR:
Regis Augusto Hashimoto

AVALIAÇÃO DOS PARES CRANIANOS

Par craniano	Nome	Função
I	Olfatório	Olfato
II	Óptico	Visão
III	Oculomotor	Motricidade globo ocular
IV	Troclear	Motricidade globo ocular
V	Trigêmio	Sensibilidade face, cav oral, nasal, dentes, língua, conjuntiva, dura-máter; Motricidade mm. mastigadores
VI	Abducente	Motricidade globo ocular
VII	Facial	Mm da mímica e outros
VIII	Vestíbulo-Coclear	Equilíbrio e audição
IX	Glossofaríngeo	Sensibilidade face, cav oral, língua, ouvido, gustação; Motricidade mm faringe
X	Vago	Inervação laringe, faringe , órgãos torácicos e abdominais
XI	Acessório	Inervação laringe e órgãos torácicos
XII	Hipoglosso	Motricidade língua

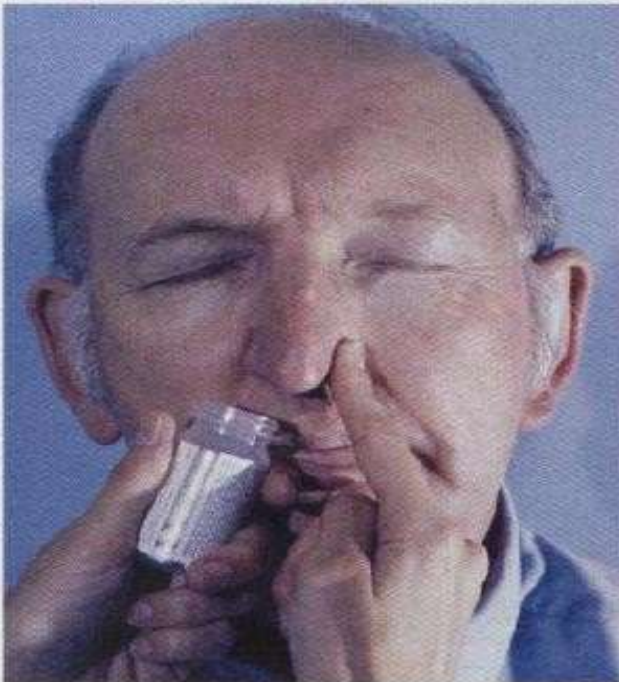
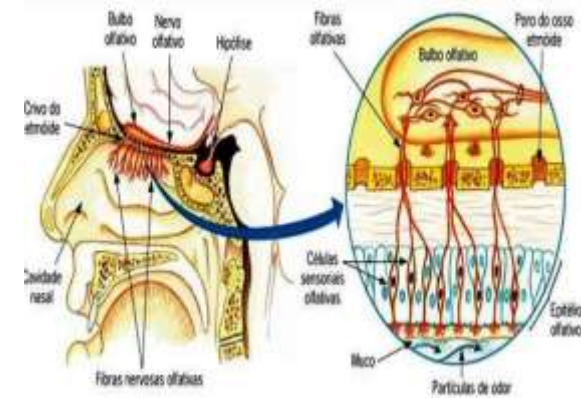
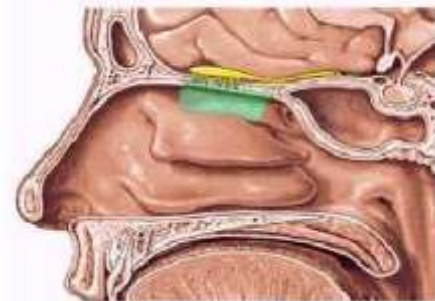
PARES CRANIANOS

- I. Olfatório
- II. Óptico
- III. Oculomotor
- IV. Troclear
- V. Trigêmeo
- VI. Abducente
- VII. Facial
- VIII. Vestibulococlear
- IX. Glossofaríngeo
- X. Vago
- XI. Acessório
- XII.. Hipoglosso



I. NERVO OLFATÓRIO

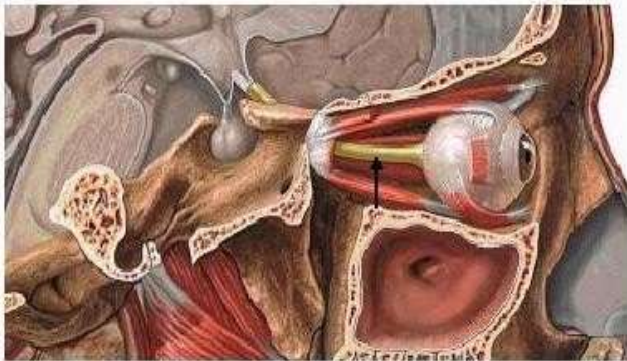
- Olfacção
- Pó de café
- Chocolate
- Flor (rosa)



- Olfacção - Lesão:
 - Anosmia
 - Cacosmia

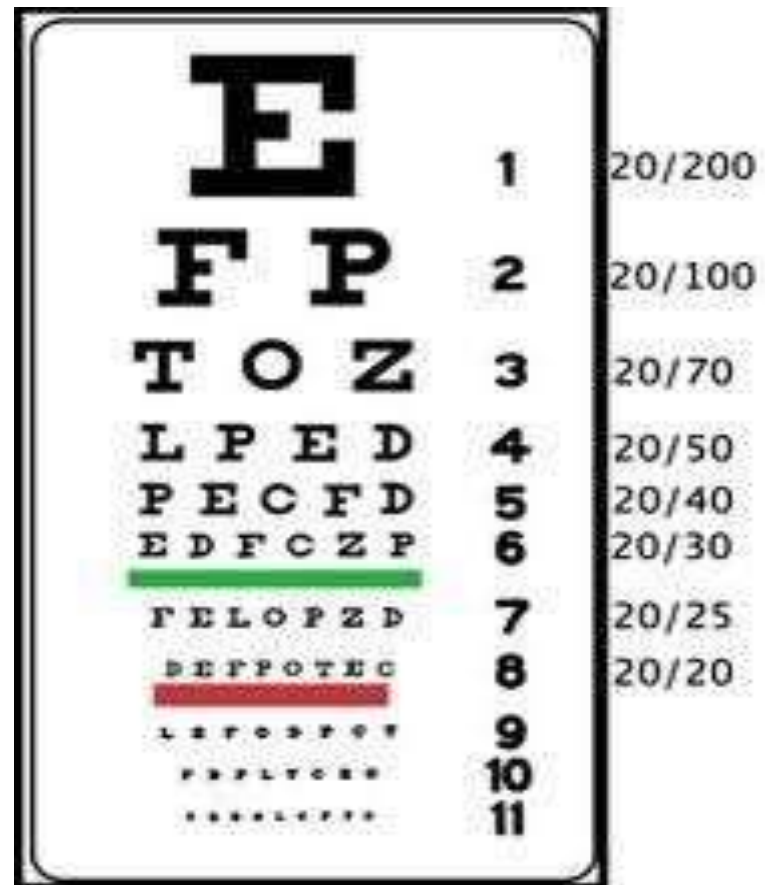
II. NERVO OPTICO

OPTIC NERVE



- Acuidade visual
- Campo visual
- Reflexo pupilar

- Acuidade Visual



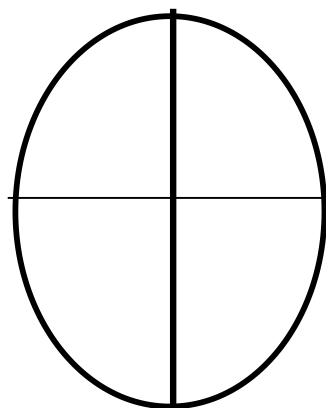
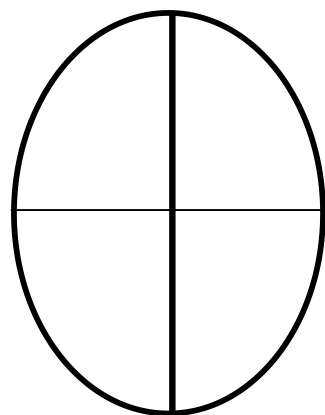
II. NERVO OPTICO

CAMPO VISUAL

Lateral superior

Medial superior

Lateral superior

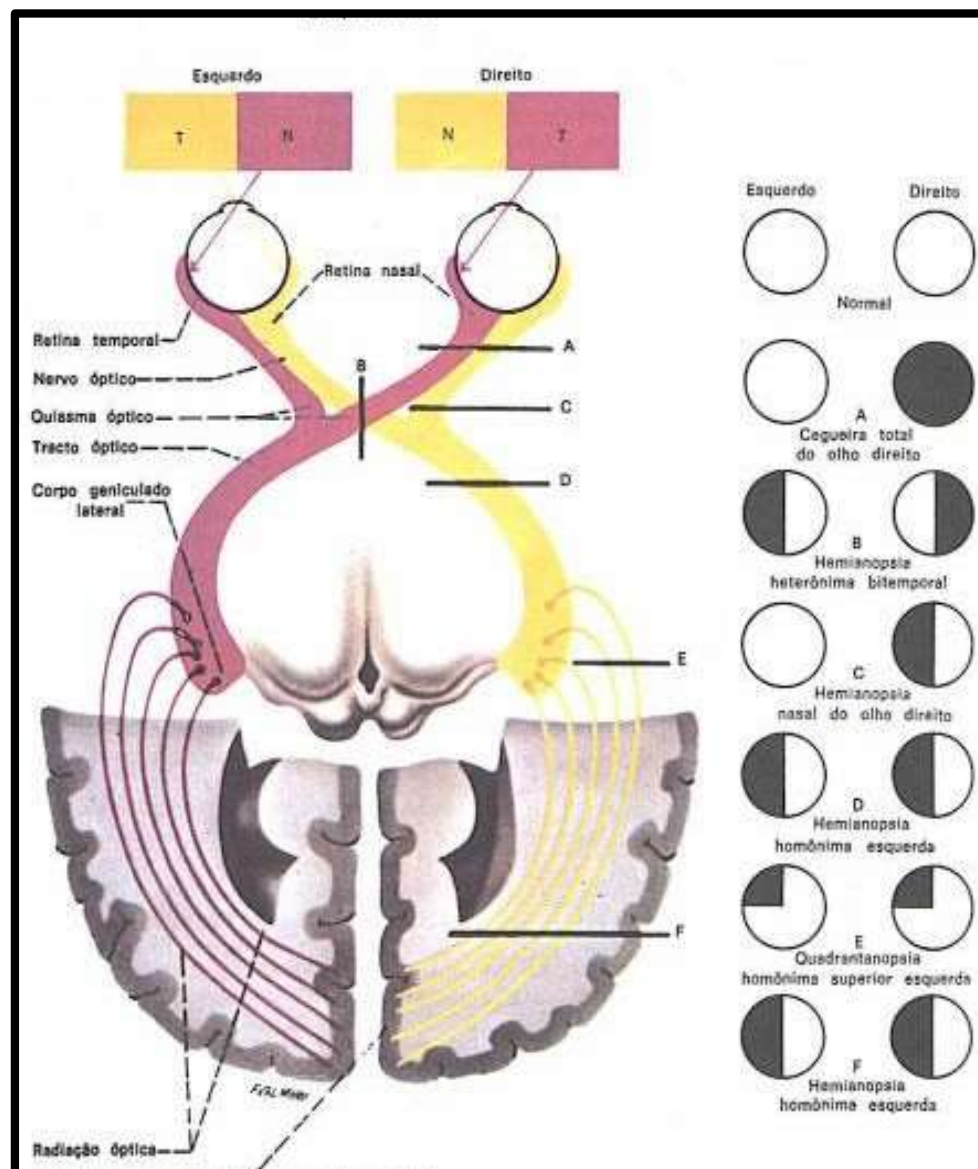


Lateral inferior

Medial inferior

Lateral inferior

- Campimetria



III NERVO OCULOMOTOR

1. Movimento da pálpebra
2. Movimentação ocular extrínseca
3. Movimentação ocular intrínseca

Não consegue deixar pálpebra aberta =
Ptose palpebral

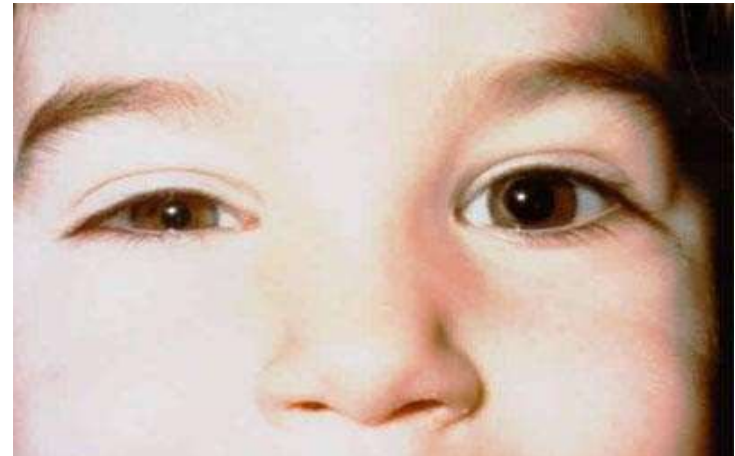


III NERVO OCULOMOTOR

Movimento intrínseco (pupila)

- **Via aferente:**
 - Fibras que saem da retina pelo nervo óptico (I par craniano)
- **Via eferente:**
 - III par craniano do mesencéfalo (núcleo Edinger-Westphal)

- Discoria: irregularidade
- Midriase: aumentada
- Miose: diminuída
- Isocoria: diâmetros iguais
- Anisocoria: diâmetros diferentes



III NERVO OCULOMOTOR

Reflexo fotomotor ipsilateral

- Pupila contrai no lado em que está o feixe de luz



Reflexo fotomotor consensual ou contralateral

- Pupila contrai no lado contrario em que está o feixe de luz



ALTERAÇÕES PUPILARES

Sinal de Argyll-Robertson

- Miose bilateral, abolição do reflexo fotomotor, presença de acomodação
- Lesão de mesencéfalo periaqueducal
- Ex: Sífilis nervosa

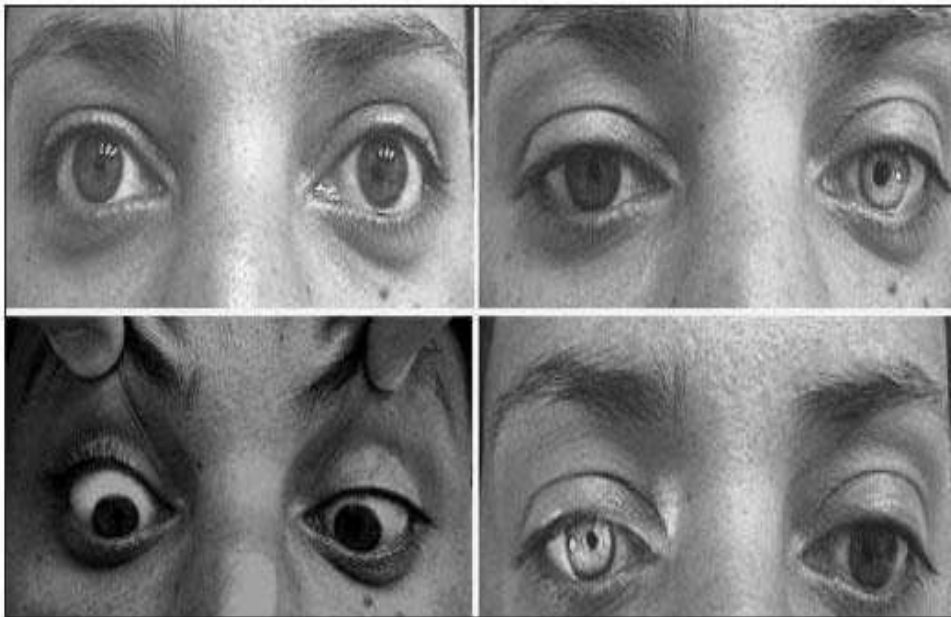


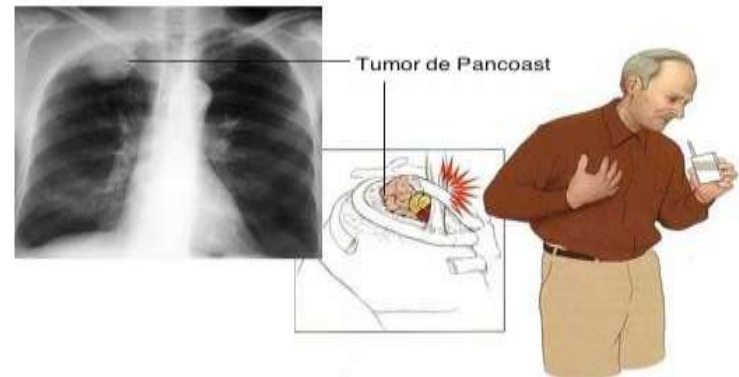
Figure. Argyll Robertson pupil.

Síndrome de Claude-Bernard-Horner

- Enoftalmia
- Diminuição de fenda palpebral
- Ocorre em tumores de ápice pulmonar e traumatismos cervicais



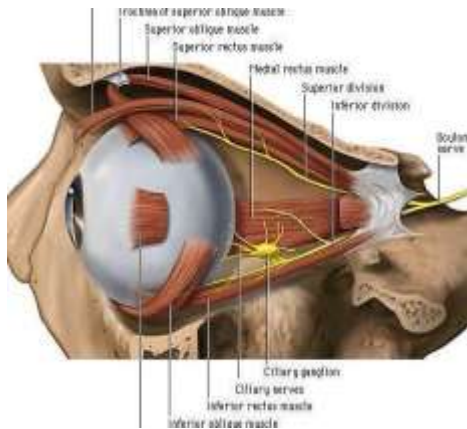
- Lesão do simpático cervical



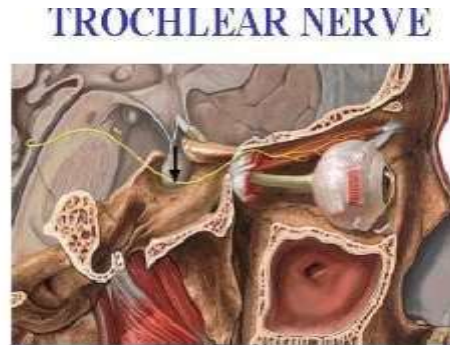
NERVO OCULOMOTOR (III), TROCLEAR (IV) E ABDUCENTE (VI)

Movimento dos músculos oculares extrínsecos

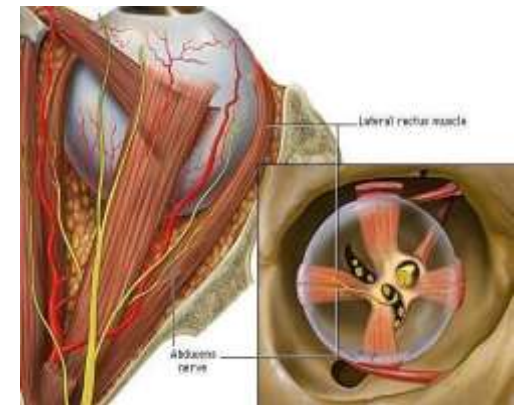
- N. OCULOMOTOR
- N. TROCLEAR
- N. ABDUCENTE



- Reto medial
- Reto superior
- Reto inferior
- Oblíquo inferior



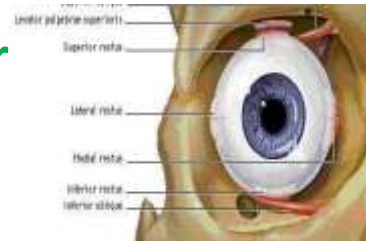
- Oblíquo superior



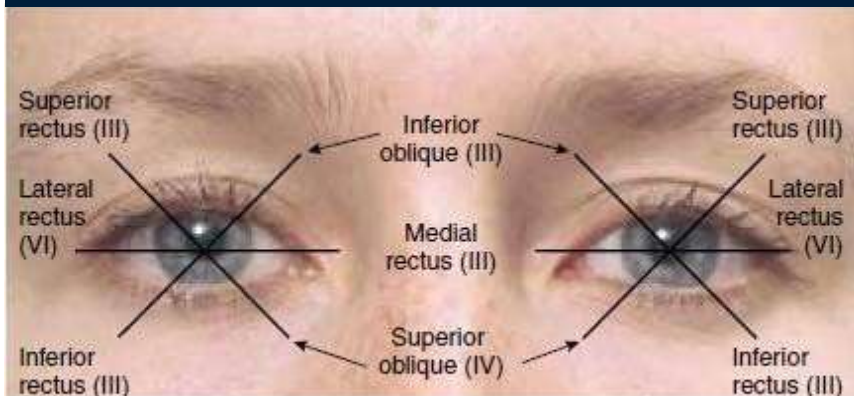
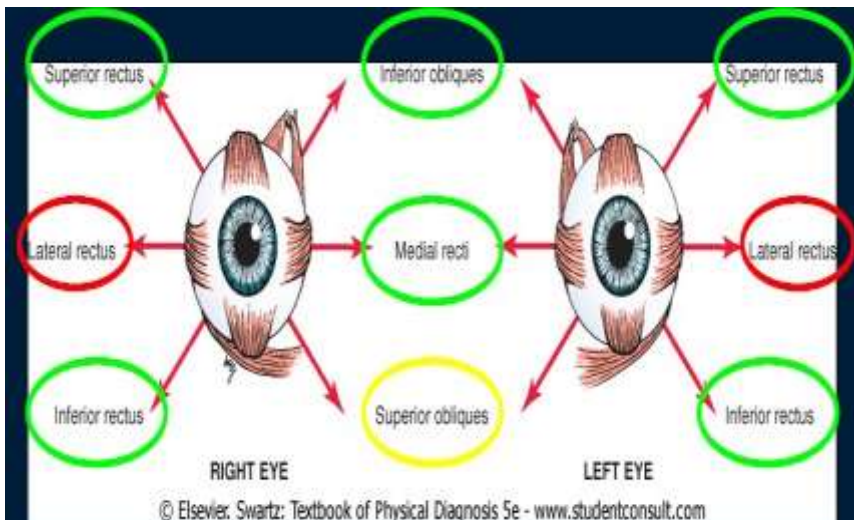
- Reto lateral

Pesquisa do movimento ocular

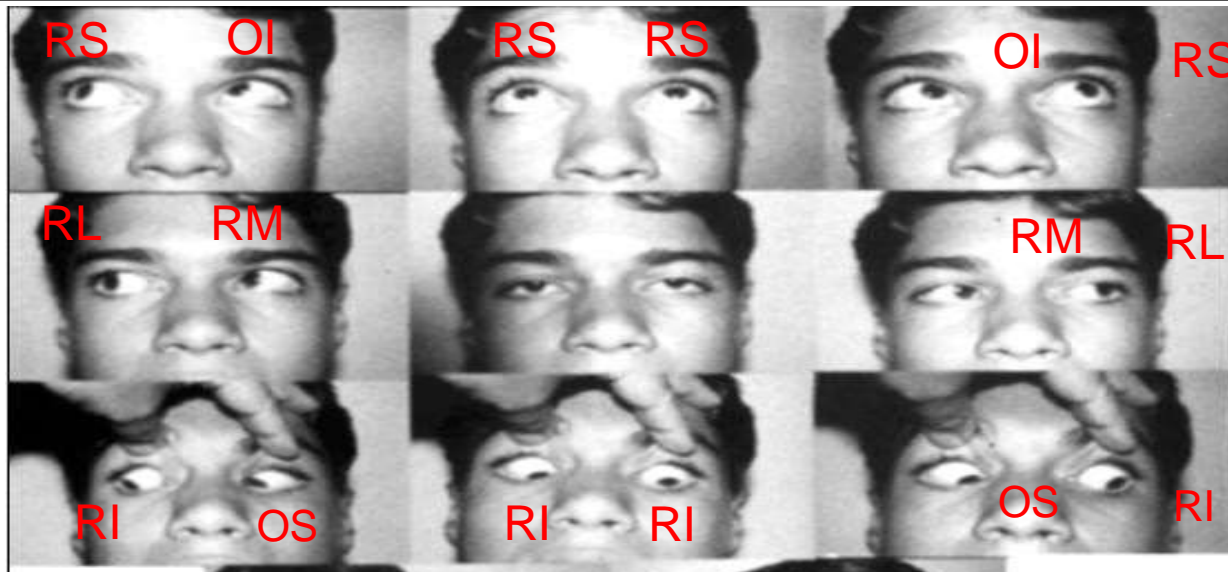
- **Nervo oculomotor**
- **Nervo abducente**
- **Nervo troclear**



- **Reto medial** - adução – III
- **Reto superior** - elevação – III
- **Reto inferior** – abaixamento – III
- **Oblíquo inferior** - III
- **Oblíquo superior** – IV
- **Reto lateral** - abdução - VI

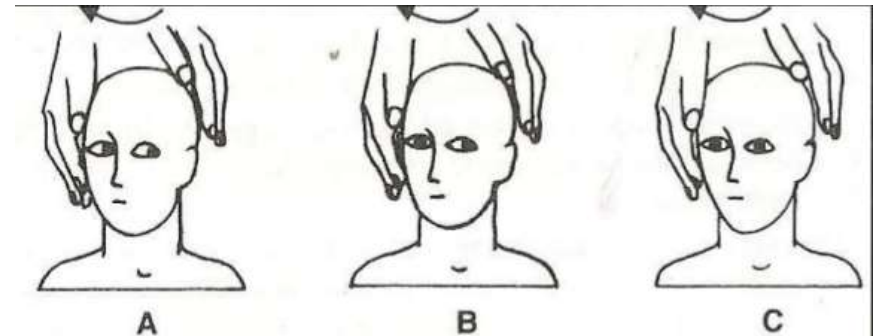


Pesquisa do movimento ocular



REFLEXO ÓCULO-CEFÁLICO

Condição do paciente	Reflexo oculocefálico
Consciente	Desvio dos olhos ipsilateral a rotação
Reflexo preservado	Mov conjugado em direção oposta
Olhar desconjugado	Lesão FLM
Reflexo ausente	Lesão de tronco



NERVO OCULOMOTOR (III), TROCLEAR (IV) E ABDUCENTE (VI)

LESÃO DO NERVO OCULOMOTOR



- Estrabismo divergente
- Elevação e abaixamento oculares impossibilitados
- Ptose palpebral
- Midríase fixa (anisocoria)

LESÃO DO NERVO TROCLEAR

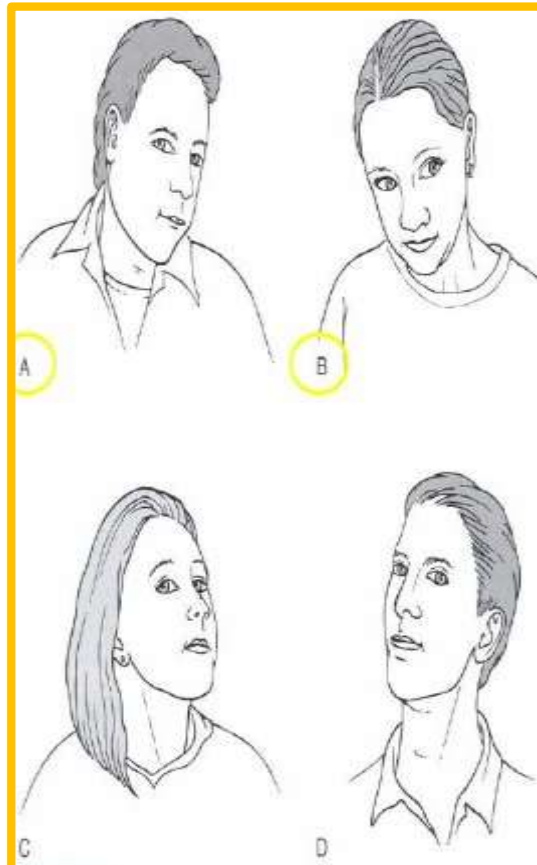


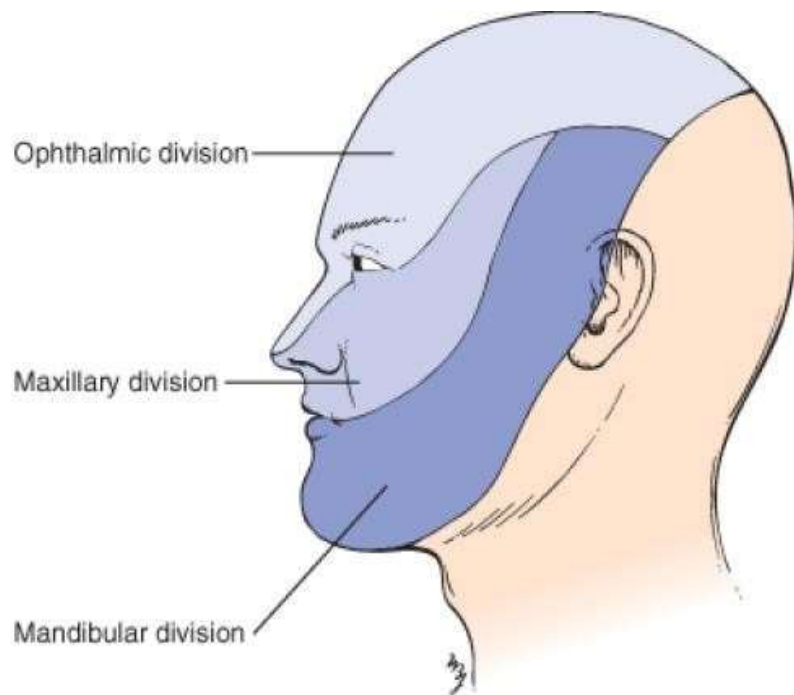
FIGURE 9-115. Classic head tilt positions in patients with palsies of the oblique muscles. A, Right superior oblique; B, left superior oblique; C, right inferior oblique; D, left inferior oblique.

LESÃO DO NERVO ABDUCENTE

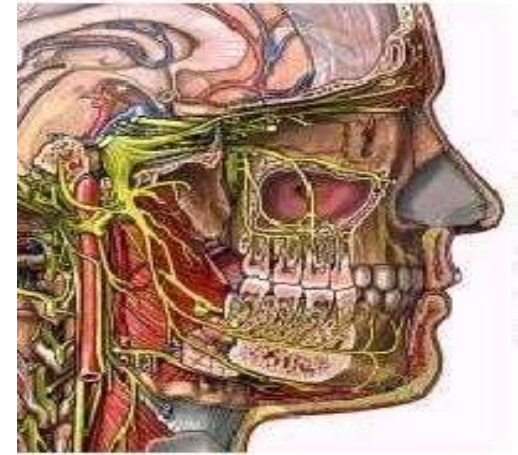


Figura 1: Paresia ou paralisia do VI nervo (abducente) à esquerda; esotropia esquerda com grande limitação de abdução, aumentando em levoversão

V. NERVO TRIGÊMEO



© Elsevier. Swartz: Textbook of Physical Diagnosis 5e - www.studentconsult.com



- RAMOS:
 - Oftálmico
 - Maxilar
 - Mandibular

V. NERVO TRIGÊMEO

Exame da parte sensitiva do V par

- **Raiz sensitiva**

- Face
- Olhos



© Elsevier. Swartz: Textbook of Physical Diagnosis 5e - www.studentconsult.com



- *Reflexo córneo-palpebral*



© Elsevier. Swartz: Textbook of Physical Diagnosis 5e - www.studentconsult.com

- **Lesão de raiz sensitiva do nervo trigêmeo**

- Nevralgia do trigêmeo – dor

V. NERVO TRIGÊMEO

Exame da parte motora do V par

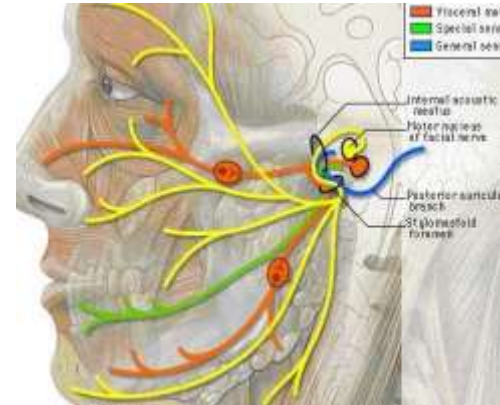
- **Raiz motora**
 - Movimentos da Mandíbula



© Elsevier. Swartz: Textbook of Physical Diagnosis 5e - www.studentconsult.com

- **Lesão de raiz motora (músculo Masseter)**
 - Atrofia da musculatura mastigatória
 - Desvio da mandíbula a abertura da boca e lateralização

VII. NERVO FACIAL



MOTRICIDADE DA FACE

- Sensibilidade gustativa dos 2/3 anteriores da língua – n. intermédio
- Inervação parassimpática das glândulas lacrimais, salivares e submandibulares – n. intermédio
- Lesões: diabetes, infecção viral, otites, AVC, tumor do SNC

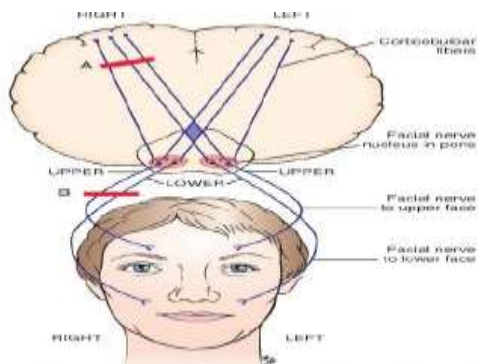
VII. NERVO FACIAL

EXAME: MIMICA FACIAL

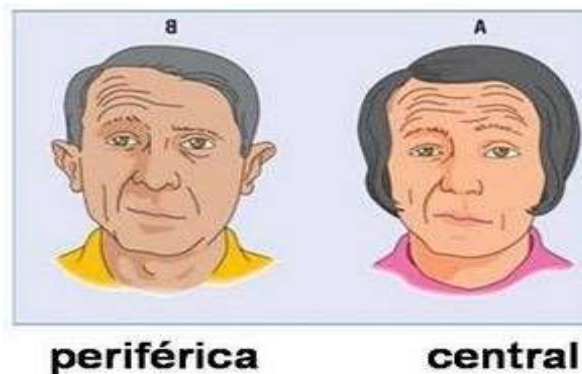
- Enrugar a testa
- franzir supercílios
- Fechar pálpebras
- Mostrar os dentes
- Abrir a boca
- Inflar a boca
- Fazer “bico”
- Testando a força da abertura palpebral



PARALISIA FACIAL



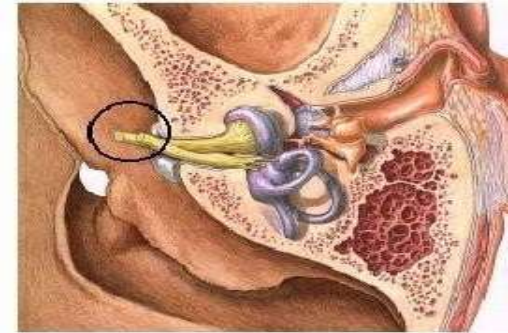
Toda a face
ipsilateral e
afetada



Apenas a
porção inferior
da face
contralateral e
afetada

VIII. Nervo vestibulococlear

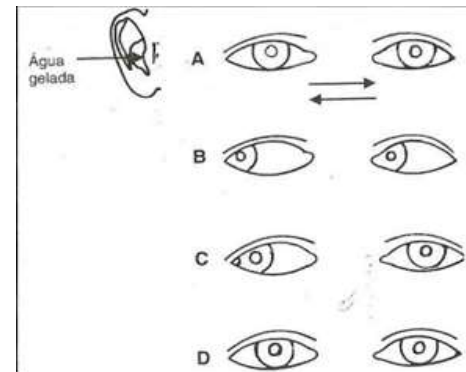
- **Equilíbrio** = Vestibular
- **Audição** = Coclear
- Lesão vestibular = Nistagmo
- Reflexo vestibulo - coclear



Raiz vestibular do VIII par

- **Vertigem, náuseas, vômitos**
- **Nistagmo**
- **Desvio lateral da marcha**
- **Sinal de Romberg**
- **Consciência normal**

Prova calórica



Condição do paciente	Reflexo oculovestibular
Consciente	Nistagmo
Reflexo preservado	Desvio para o lado estimulado
Olhar desconjugado	Lesão de FLM
Reflexo ausente	Lesão de tronco

VIII. Nervo vestibulo-coclear

Transmissão óssea X Transmissão auditiva

Teste de Rinne



© Elsevier. Swartz: Textbook of Physical Diagnosis 5e - www.studentconsult.com

Teste de Rinne

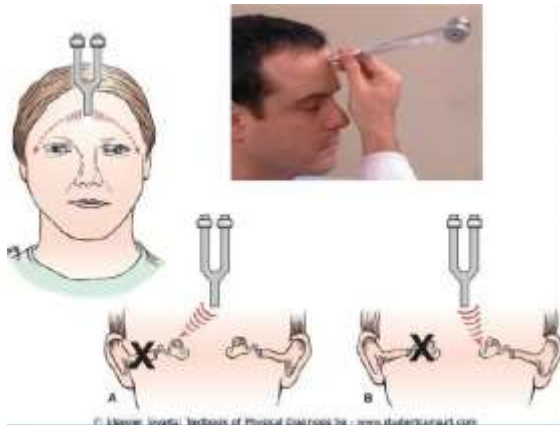
Teste de Rinne

- Compara a audição por via aérea e audição por via óssea.
- **Técnica**
Faz-se vibrar o diapasão, colocando-o primeiro com haste apoiada na mastóide (via óssea) até o paciente acusar não mais percebê-lo e de imediato, o reposicionamos próximo ao pavilhão auricular (via aérea). Em ambos, anotamos o tempo em que o diapasão é percebido até o paciente deixá-lo de perceber.

Teste de Rinne

- **Interpretação**
- **1- Rinne positivo normal**
- Tempo em torno de +/- 20 seg. para a via óssea e, + 20 seg. via aérea, que tem duração 2x maior.
- **2- Rinne positivo encurtado ou patológico**
- Tempo por via óssea diminuído (exemplo: 10 seg.). Traduz disacusia neurosensorial por lesão do órgão de Corti ou dos neurônios cocleares.
- **3. Rinne negativo**
- Tempo por via óssea mais prolongado, melhor que por via aérea (o inverso do normal). Traduz disacusia de transmissão, lesão da orelha externa ou média; exemplos: otite externa, otite média, afecção do tímpano, objeto estranho em conduto auditivo externo, tampão ceroso)

Teste de Weber



Teste de Weber

Teste de Weber

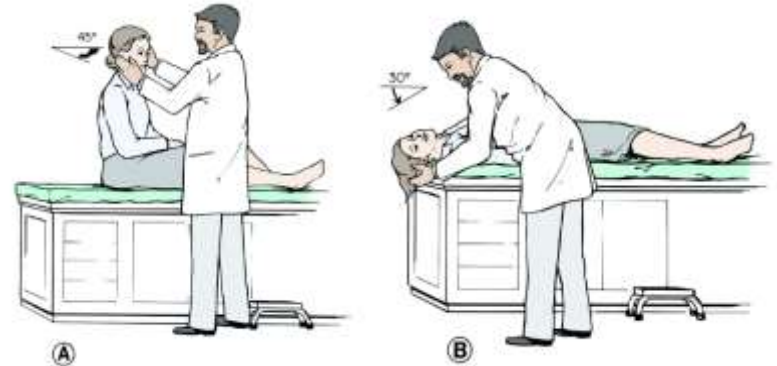
- O diapasão, após ser colocado a vibrar, é posicionado com a haste apoiada no vértice da cabeça. Os dois ouvidos percebem o som com igual intensidade.
- **Interpretação**
- **1-Lesão no ouvido médio ou externo, disacusia de transmissão**
- o som é percebido melhor, paradoxalmente, pelo ouvido lesado.
- **2-Lesão no nervo acústico ou no centro cortical auditivo**
- o som é melhor percebido pelo ouvido normal.

VIII. Nervo vestibulo-coclear

Manobras para vertigem paroxística benigna

Manobra de Dix-Hallpike

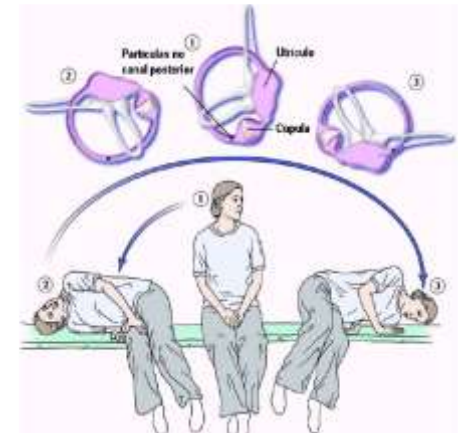
Teste positivo = Nistagmo



O paciente é colocado sentado inicialmente. Em seguida é posto rapidamente em DDH, com a cabeça pendente na superfície (posição de Rose), ao mesmo tempo em que a cabeça é girada 45° para o lado. É mantido nesta posição por 10 a 15 segundos, observando-se o aparecimento de nistagmo. Então o paciente volta para posição sentada e repete-se a manobra para o lado oposto.

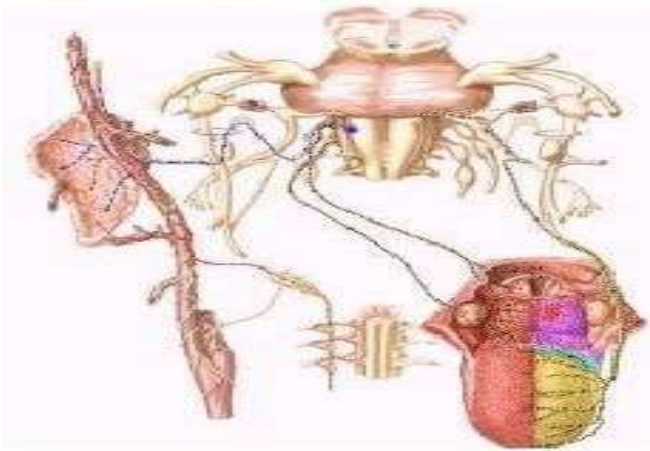
Manobra Liberatória de Semont

Com o paciente sentado na maca pede-se para que esse vire sua cabeça para a esquerda e então mova o seu corpo rapidamente para decúbito lateral direito, mantendo a cabeça virada para a esquerda. Então se pede para que se mova para decúbito lateral esquerdo, mantendo a cabeça na mesma posição inicial.

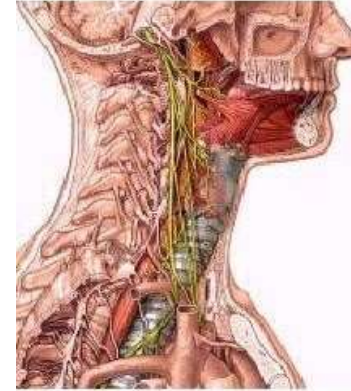


IX. NERVO GLOSSOFARINGEO

X. NERVO VAGO



Distúrbio de deglutição de 1/3 posterior da língua



Disartria e disfonia
Disfagia Alta
Regurgitação

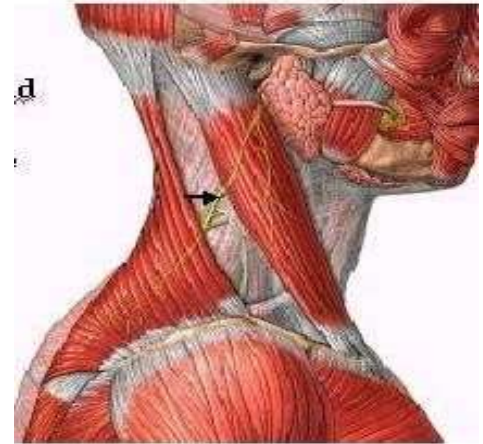
Lesão unilateral do IX. NERVO GLOSSOFARINGEO e X. NERVO VAGO

- a) Perda da gustação do 1/3 posterior da língua
- b) Desvio do véu palatino para o lado normal quando fala "a" ou "e"
- c) Desvio da parede posterior da faringe para o lado normal (sinal da cortina)
- d) Reflexo faríngeo - nauseoso / deglutição

XI. NERVO ACESSÓRIO

- Músculos Esternocleidomastoideo e Trapézio

Esternocleidomastoideo e trapézio
Movimentos do pescoço e ombros
Atrofia e dificuldade em
movimentar ombro e pescoço



XII. NERVO HIPOGLOSSO

- **Musculatura da língua**

Músculos da língua

- Dentro da boca, língua desvia para o lado sã
- Fora da boca, língua desvia para o lado comprometido



TESTE DE MORTE CEREBRAL



FIGURA 4.2 Estímulos dolorosos para verificar coma apericeptivo: (A) pressionar a região do nervo supraorbital ou o leito ungueal; (B) pressionar a articulação temporemandibular.



FIGURA 4.3 Verificação de reflexo fotomotor.

Reflexo oculo-cefálico (olhos de boneca)

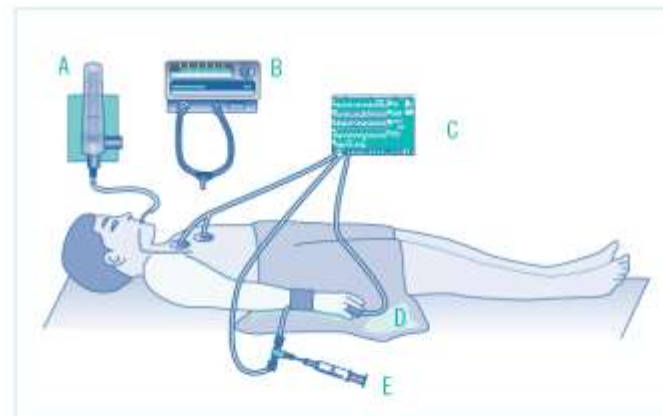


FIGURA 4.7 Representação do teste de apneia. A: fonte de oxigênio (6 L/min); B: ventilador mecânico; C: monitoração ininterrupta dos parâmetros cardiovasculares; D: oximetria de pulso; E: coleta de gasometria arterial.



FIGURA 4.4 Verificação de reflexo corneopalpebral.



FIGURA 4.5 Verificação de reflexo oculovestibular.



FIGURA 4.6 Verificação de reflexo de tosse.

EXAME NEUROLÓGICO - FIM