

Entrevista Psiquiátrica e Exame do Estado Mental

Material Didático para Estudantes de Psiquiatria

Henrique Alvarenga da Silva

Bem-vindo

Este é um material didático completo sobre a **Entrevista Psiquiátrica** e o **Exame do Estado Mental (EEM)**, desenvolvido especialmente para estudantes de medicina e residentes de psiquiatria.

Objetivos de Aprendizagem

Ao final do estudo deste material, você será capaz de:

1. Compreender a importância e os princípios fundamentais da entrevista psiquiátrica
2. Aplicar as três regras de ouro da entrevista em diferentes contextos clínicos
3. Realizar um Exame do Estado Mental completo e sistemático
4. Utilizar terminologia técnica apropriada para descrever fenômenos psicopatológicos (evite jargão desnecessário)
5. Documentar adequadamente os achados da avaliação psiquiátrica
6. Elaborar súmulas concisas e informativas do exame psíquico

Estrutura do Material

Conteúdo Teórico

- A importância da entrevista inicial
- Técnicas de condução da entrevista
- Estrutura da avaliação psiquiátrica completa
- Itens do Exame do Estado Mental
- Aspectos práticos da documentação
- Considerações especiais e culturais

Roteiro do EEM

Guia prático com:

- Lista de itens do EEM
- Descritores específicos para cada item
- Terminologia técnica apropriada (evite jargão psiquiátrico)
- Referência rápida para uso clínico

Casos Clínicos

Cinco casos detalhados para prática:

1. **Maria, 34 anos** - Quadro depressivo grave
2. **João, 28 anos** - Episódio maníaco
3. **Carlos, 42 anos** - Transtorno delirante paranoide
4. **Ana, 19 anos** - Quadro psicótico
5. **Roberto, 55 anos** - Demência em estágio inicial

Como Usar Este Material

Para Estudo Individual

1. Comece lendo o [Conteúdo Teórico](#) completo
2. Familiarize-se com o [Roteiro do EEM](#) e seus descritores
3. Pratique com os [Casos Clínicos](#)
4. Elabore o EEM completo de cada caso
5. Discuta suas respostas com colegas ou preceptores

Atividade Prática Sugerida

Exercício Individual

Escolha um dos cinco casos clínicos e:

1. Leia atentamente toda a descrição
2. Elabore um Exame do Estado Mental completo (20 itens)
3. Redija uma súmula técnica dos achados principais
4. Liste 2-3 hipóteses diagnósticas baseadas apenas no EEM

Critérios de Qualidade

Um bom EEM deve ser:

- **Completo:** todos os 20 itens avaliados
- **Técnico:** uso apropriado de terminologia psiquiátrica
- **Objetivo:** baseado em observações concretas
- **Descriptivo:** sem interpretações prematuras
- **Conciso:** súmula clara e informativa

Fundamentos Teóricos

Este material é baseado principalmente em duas obras de referência da psiquiatria:

- Dalgarrondo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Artmed.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de Psiquiatria*. Artmed.

Competências Desenvolvidas

A prática consistente com este material desenvolverá:

- **Habilidades de observação clínica**
 - **Capacidade de comunicação com pacientes**
 - **Raciocínio diagnóstico sistematizado**
 - **Documentação clínica de qualidade**
 - **Uso apropriado de terminologia psiquiátrica**
 - **Sensibilidade para aspectos culturais e éticos**
-

Nota: Este material é destinado exclusivamente para fins educacionais. A prática clínica deve sempre ocorrer sob supervisão apropriada.

Última atualização: 25 Novembro de 2025

A Entrevista Psiquiátrica e o Exame do Estado Mental

Henrique Alvarenga da Silva

Introdução

A entrevista psiquiátrica constitui a base fundamental da prática clínica em saúde mental. Ela representa muito mais do que uma simples coleta de informações: é um encontro interpessoal complexo onde se estabelece uma relação terapêutica, se formula um diagnóstico pluridimensional e se inicia o processo de compreensão do sofrimento psíquico do paciente (Dalgalarondo, 2019).

Como afirmou Harry Stack Sullivan, “o domínio da técnica de realizar entrevistas é o que qualifica especificamente o profissional habilidoso” (Dalgalarondo, 2019, p. 69). A entrevista psiquiátrica exige não apenas conhecimento teórico, mas também sensibilidade interpessoal, capacidade de observação aguçada e habilidade para estabelecer rapport com diferentes tipos de pacientes.

A Entrevista Inicial

Importância e Objetivos

A entrevista inicial é considerada um momento crucial no diagnóstico e no tratamento em saúde mental (Dalgalarondo, 2019). Esse primeiro contato, sendo bem-conduzido, deve produzir no paciente uma sensação de confiança e de esperança em relação ao alívio do sofrimento. Entrevistas iniciais mal conduzidas, nas quais o profissional é, involuntariamente ou não, negligente ou hostil com o paciente, geralmente são seguidas de abandono do tratamento.

A Primeira Impressão

Logo no início, o olhar e toda a comunicação não verbal já têm sua importância: é o centro da comunicação, que inclui toda a carga emocional do ver e ser visto, do gesto, da postura, das vestimentas, do modo de sorrir ou expressar sofrimento (Dalgalarondo, 2019). Mayer-Gross, Slater e Roth assinalam que “a primeira impressão tem o seu valor próprio e dificilmente poderá ser recapturada em ocasiões posteriores” (Dalgalarondo, 2019, p. 69).

Pesquisas empíricas demonstraram que, em profissionais com experiência clínica, os primeiros três minutos da entrevista são extremamente significativos, sendo muitas vezes úteis tanto para a identificação do perfil dominante de sintomas do paciente como para a formulação da hipótese diagnóstica final (Dalgalarondo, 2019).

As Três Regras de Ouro da Entrevista

Primeira Regra: Pacientes Organizados

Pacientes organizados mentalmente, com inteligência normal, com escolaridade boa ou razoável, fora de um “estado psicótico”, devem ser entrevistados de forma mais aberta, permitindo que falem e se expressem de maneira mais fluente e espontânea. O entrevistador fala pouco, fazendo algumas pontuações para que o paciente “conte a sua história” (Dalgalarondo, 2019).

Segunda Regra: Pacientes Desorganizados

Pacientes desorganizados, com nível intelectual baixo, em estado psicótico ou paranoide, “travados” por alto nível de ansiedade, devem ser entrevistados de forma mais estruturada. Nesse caso, o entrevistador fala mais, faz perguntas mais simples e dirigidas (perguntas fáceis de serem compreendidas e respondidas) (Dalgalarondo, 2019).

Terceira Regra: Abordagem Gradual

Nos primeiros contatos com pacientes muito tímidos, ansiosos ou paranoides, deve-se fazer primeiro perguntas neutras (nome, onde mora, profissão, estado civil, nome de familiares, etc.), para apenas, gradativamente, começar a formular perguntas “mais quentes” (às vezes, constrangedoras para o paciente) (Dalgalarondo, 2019). Vale a sabedoria popular que diz: “O mingau quente se come pela beirada”.

Estrutura da Avaliação Psiquiátrica

A avaliação psiquiátrica completa engloba cinco componentes principais (Dalgalarondo, 2019):

1. Entrevista Inicial e Anamnese

Na anamnese, o entrevistador se interessa tanto pelos sintomas objetivos como pela vivência subjetiva do paciente em relação àqueles sintomas; pela cronologia dos fenômenos e pelos dados pessoais e familiares. Além disso, o entrevistador permanece atento às reações do paciente ao fazer os seus relatos, realizando assim parte do exame psíquico durante a coleta da história (Dalgalarondo, 2019).

A anamnese deve incluir:

- Dados sociodemográficos completos
- Queixa principal ou problema central
- História da doença atual (HDA)
- Antecedentes mórbidos pessoais (somáticos e psíquicos)
- Hábitos e uso de substâncias químicas
- Antecedentes mórbidos familiares
- História de vida do paciente
- Avaliação das interações familiares e sociais

2. Exame Psíquico (Exame do Estado Mental)

O exame psíquico é o exame do estado mental atual, realizado com cuidado e minúcia pelo entrevistador desde o início da entrevista até a fase final (Dalgalarondo, 2019). Este será detalhado extensivamente na próxima seção.

3. Exame Físico Geral e Neurológico

Deve ser mais ou menos detalhado a partir das hipóteses diagnósticas que se formam com os dados da anamnese e do exame do estado mental. Caso o profissional suspeite de doença física, deverá examinar o paciente somaticamente em detalhes; caso suspeite de distúrbio neurológico ou neuropsiquiátrico, o exame neurológico deverá ser completo e detalhado (Dalgalarondo, 2019).

4. Exames Complementares Psicológicos

Incluem avaliações por meio de testes da personalidade e da cognição (psicodiagnóstico e testes neuropsicológicos) (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017).

5. Exames Complementares Laboratoriais

Incluem exames laboratoriais (exame bioquímico, citológico e imunológico do líquido cerebrospinal, hemograma, eletrólitos, metabólitos, hormônios, etc.), exames de neuroimagem (tomografia computadorizada do cérebro, ressonância magnética do cérebro, SPECT, etc.) e neurofisiológicos (EEG, potenciais evocados, etc.) (Dalgalarroondo, 2019).

Aspectos Práticos da Entrevista

Preparação e Apresentação

É conveniente que o profissional se apresente, dizendo seu nome, se necessário, sua profissão e especialidade e, se for o caso, a razão da entrevista. A confidencialidade, a privacidade e o sigilo devem ser explicitamente garantidos caso se note o paciente tímido ou desconfiado (Dalgalarroondo, 2019).

Ambiente da Entrevista

Deve-se providenciar um local com o mínimo de privacidade e conforto para a entrevista. No caso de pacientes muito irritados, potencialmente agressivos, deve-se evitar lugares trancados e de difícil acesso ou evasão (Dalgalarroondo, 2019).

Linguagem e Comunicação

É necessário utilizar linguagem e vocabulário compatíveis com o nível intelectual do paciente, adequados ao seu universo cultural e aos seus valores morais e religiosos (Dalgalarroondo, 2019). É conveniente utilizar perguntas mais abertas para os pacientes com bom nível intelectual. Para pacientes com déficit intelectual, quadros demenciais ou muito desestruturados, empregar perguntas mais fechadas, mais estruturadas, que permitam respostas do tipo “sim” ou “não”.

O Exame do Estado Mental

Conceito e Importância

O Exame do Estado Mental (EEM) é uma avaliação sistemática e abrangente do estado psíquico atual do paciente. Ele é realizado continuamente durante toda a entrevista, desde o momento em que o paciente entra na sala até o fim do encontro (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017). O EEM fornece uma “fotografia” do funcionamento mental do paciente naquele momento específico, diferenciando-se da anamnese, que é longitudinal e histórica.

O EEM deve ser descrito de forma objetiva, detalhada e organizada, utilizando termos técnicos apropriados, mas também incluindo, quando relevante, as próprias palavras do paciente (Dalgalarondo, 2019). A observação cuidadosa e a descrição precisa dos achados do exame psíquico são fundamentais para o diagnóstico correto e para o planejamento terapêutico adequado.

Componentes do Exame do Estado Mental

1. Aspecto Geral e Apresentação

O aspecto global do paciente é expresso pelo corpo e pela postura corporal, pela indumentária (roupas, sapatos, etc.), pelos acessórios (colares, brincos, piercing, etc.), por detalhes como maquiagem, perfumes, odores, marcas corporais (tatuagens, queimaduras, etc.), porte e atitudes psicológicas específicas e globais (Dalgalarondo, 2019).

A aparência do paciente, suas vestes, seu olhar, sua postura revelam muito de seu estado mental interior e são recursos fundamentais para o diagnóstico (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017). A descrição deve incluir:

- **Cuidados pessoais e higiene:** estado de asseio, limpeza corporal, odores
- **Vestimenta:** adequação ao contexto, cores, estado de conservação, excentricidades
- **Aparência física geral:** idade aparente versus real, biotipo, estado nutricional
- **Contato visual:** mantém, evita, fixo, errante
- **Expressão facial:** neutra, tensa, chorosa, alegre, perplexa

2. Nível de Consciência

Refere-se ao grau de clareza e lucidez com que o paciente vivencia o momento presente. A consciência pode estar:

- **Lúcida:** paciente alerta, responsivo, orientado
- **Obnubilada:** leve redução da clareza mental
- **Torporosa:** sonolência acentuada, mas despertável
- **Estuporosa:** profunda redução do nível de consciência
- **Comatosa:** ausência de resposta a estímulos

Devem-se observar também flutuações do nível de consciência e estados crepusculares (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017).

3. Orientação

Avalia-se a capacidade do paciente de situar-se no tempo, no espaço e em relação a si mesmo (Dalgalarondo, 2019):

- **Orientação temporal (alopsíquica):** dia, mês, ano, hora aproximada, período do dia
- **Orientação espacial (alopsíquica):** onde se encontra, cidade, estado, reconhece o local
- **Orientação autopsíquica:** nome, idade, data de nascimento, identidade pessoal

É importante diferenciar a desorientação primária (por comprometimento cognitivo) da secundária (por psicose, confusão mental ou simulação).

4. Atenção

A atenção é a capacidade de focar e manter o foco em estímulos específicos. Deve-se avaliar (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017):

- **Vigilância:** capacidade de manter a atenção ao longo do tempo
- **Tenacidade:** resistência à distração
- **Concentração:** capacidade de focar em tarefas específicas

Alterações possíveis:

- Hipoprosexia (diminuição global da atenção)
- Aprosexia (abolição da atenção)
- Hiperprosexia (aumento patológico da atenção)
- Distraibilidade (atenção flutuante, facilmente desviável)
- Perseveração atencional

5. Memória

Avalia-se a capacidade de fixar, reter e evocar informações (Dalgalarondo, 2019):

Memória de Fixação (Imediata)

Capacidade de registrar novas informações. Testada pedindo ao paciente para repetir imediatamente dígitos, palavras ou frases.

Memória Recente

Eventos dos últimos dias ou semanas. Pode-se perguntar sobre refeições recentes, notícias atuais, atividades dos últimos dias.

Memória Remota

Eventos da infância, juventude, fatos históricos conhecidos, dados biográficos antigos.

Alterações possíveis:

- Amnésia (lacunar, anterógrada, retrógrada, global)
- Hipermnésia
- Paramnésia
- Confabulação
- Falsos reconhecimentos (déjà vu, jamais vu)

6. Sensopercepção

Refere-se às experiências sensoriais e perceptivas do paciente. Deve-se investigar (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017):

Alterações Quantitativas

- Hiperestesias
- Hipoestesias
- Anestesias

Alterações Qualitativas

- **Ilusões:** distorções perceptivas de estímulos reais
- **Alucinações:** percepções sem objeto, podem ser:
 - Auditivas (vozes, ruídos, músicas)
 - Visuais (figuras, cenas, vultos)
 - Táteis (sensações na pele)
 - Olfativas
 - Gustativas
 - Cenestésicas (sensações corporais internas)

É fundamental caracterizar: modalidade sensorial, conteúdo, clareza, localização no espaço, grau de convicção, repercussão emocional e comportamental.

7. Pensamento

O pensamento deve ser avaliado em três dimensões (Dalgarrondo, 2019):

A. Curso do Pensamento (Velocidade e Fluxo)

- **Normal**
- **Acelerado:** taquipsiquismo, fuga de ideias
- **Lentificado:** bradipsiquismo
- **Bloqueio:** interrupção súbita do fluxo
- **Roubo do pensamento**

B. Forma do Pensamento (Estrutura e Organização)

- **Normal:** lógico, coerente, com nexo causal
- **Desagregado:** perda das associações lógicas
- **Incoerente:** ausência de nexo entre as ideias
- **Circunstancial:** perda da finalidade por excesso de detalhes
- **Tangencial:** desvio do objetivo sem retorno
- **Prolixo:** detalhista, minucioso em excesso
- **Perseverativo:** repetição de temas ou palavras

C. Conteúdo do Pensamento

Refere-se aos temas, preocupações e ideias presentes:

- **Ideias prevalentes:** preocupações dominantes, mas reconhecidas como exageradas
- **Ideias sobrevaloradas:** convicções intensas e persistentes, com carga afetiva
- **Ideias obsessivas:** pensamentos intrusivos, repetitivos, egodistônicos
- **Ideias delirantes:** convicções falsas, irredutíveis à argumentação lógica, podem ser:
 - De perseguição
 - De referência
 - De influência
 - De grandeza
 - Hipocondríacas/somáticas
 - De ciúme
 - De ruína
 - Místico-religiosas
 - Niilistas

8. Linguagem

Avalia-se a produção e compreensão da linguagem (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017):

Aspectos Expressivos

- **Fluência:** normal, reduzida (hipofonia, mutismo), aumentada (logorreia)
- **Ritmo:** normal, acelerado (taquilalia), lentificado (bradilalia)
- **Volume:** normal, aumentado, diminuído
- **Tom:** normal, monotônico, infantil, irritado, choroso
- **Articulação:** clara, disártica, arrastada
- **Prosódia:** entonação, melodia da fala

Alterações Patológicas

- **Mutismo:** ausência completa de produção verbal
- **Ecolalia:** repetição automática das palavras do interlocutor
- **Palilalia:** repetição das próprias palavras
- **Neologismos:** criação de palavras novas
- **Parafasias:** substituição de palavras (fonêmicas ou semânticas)
- **Salada de palavras:** sequência de palavras sem nexo
- **Mussitação:** murmuração ininteligível
- **Estereotipias verbais:** repetição de palavras ou frases
- **Verbigeração:** repetição sem sentido de sílabas ou palavras

Compreensão

Deve-se avaliar se o paciente comprehende instruções simples, complexas e abstrações.

9. Inteligência

Avalia-se o nível de funcionamento intelectual global através da observação clínica e, quando necessário, por testes específicos (Dalgalarondo, 2019):

- **Capacidade de abstração:** interpretação de provérbios, semelhanças
- **Conhecimentos gerais:** compatíveis com nível educacional
- **Cálculo:** operações matemáticas básicas
- **Raciocínio:** capacidade de resolver problemas
- **Vocabulário:** amplitude e adequação

Classificação funcional:

- Inteligência limítrofe
- Deficiência intelectual leve
- Deficiência intelectual moderada
- Deficiência intelectual grave
- Deficiência intelectual profunda

10. Juízo de Realidade

Refere-se à capacidade de avaliar corretamente a realidade externa e interna, discriminar fantasia de realidade, e fazer julgamentos adequados sobre situações (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017):

- **Preservado:** avaliação adequada da realidade
- **Comprometido:** distorções na percepção e avaliação da realidade (presente em quadros psicóticos)

11. Vida Afetiva

A. Humor (Estado de Humor Basal)

Estado emocional de fundo, mais duradouro e menos reativo a estímulos externos (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017):

- **Eutímico:** humor normal, adequado
- **Deprimido/Hipotímico:** humor triste, melancólico
- **Elevado/Hipertímico:** humor alegre, eufórico, exaltado
- **Expansivo:** humor contagioso, exuberante
- **Irritável:** humor irritadiço, explosivo
- **Disfórico:** humor desagradável, mal-estar
- **Lábil:** humor com oscilações rápidas e frequentes
- **Incontinente:** perda do controle emocional

B. Afeto (Expressão Emocional Observável)

Manifestação externa, observável, das emoções (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017):

- **Adequado:** condizente com o conteúdo verbal e contexto
- **Inadequado/Discordante:** incongruente com conteúdo ou situação
- **Embotado:** marcada redução da expressividade
- **Aplanado/Achatado:** ausência quase total de expressão emocional
- **Restrito:** amplitude reduzida de expressão
- **Lábil:** mudanças rápidas e frequentes
- **Superficial:** emoções parecendo rasas, sem profundidade

C. Emoções e Sentimentos Predominantes

- Ansiedade (intensidade, presença de sintomas físicos)
- Medo (objetos fóbicos, pânico)
- Tristeza
- Alegria
- Raiva/hostilidade
- Culpa
- Vergonha
- Anedonia (perda da capacidade de sentir prazer)
- Apatia (falta de motivação e interesse)
- Ambivalência afetiva

12. Volição (Vontade e Motivação)

Refere-se aos processos de tomada de decisão, iniciativa, motivação e capacidade de executar ações intencionais (Dalgalarrodo, 2019):

- **Normal:** vontade preservada, capacidade de decisão e execução
- **Hipobulia:** diminuição da vontade e iniciativa
- **Abulia:** ausência de vontade, incapacidade de decidir e agir
- **Hiperbulia:** aumento patológico da vontade e iniciativa
- **Compulsões:** atos repetitivos executados em resposta a impulsos irresistíveis
- **Impulsividade:** ações sem planejamento ou consideração de consequências
- **Ambivalência volitiva:** dificuldade em decidir, vontades contraditórias simultâneas

13. Psicomotricidade

Avalia os comportamentos motores e sua relação com o psiquismo (Dalgalarrodo, 2019):

Atividade Motora Global

- **Normal**
- **Agitação psicomotora:** aumento da atividade motora
- **Inquietação/Acatisia:** impossibilidade de ficar parado
- **Lentificação psicomotora:** diminuição global da atividade
- **Estupor:** imobilidade, mutismo, ausência de resposta
- **Catalepsia:** manutenção de postura imposta
- **Flexibilidade cérea:** resistência plástica à movimentação passiva
- **Negativismo:** oposição ativa ou passiva a solicitações
- **Obediência automática:** execução automática de ordens
- **Ecopraxia:** imitação automática de gestos do examinador

Movimentos Anormais

- **Estereotipias:** movimentos repetitivos, sem finalidade aparente
- **Maneirismos:** movimentos bizarros, peculiares
- **Tiques:** movimentos involuntários, súbitos, repetitivos
- **Tremores**
- **Discinesias:** movimentos involuntários anormais

14. Consciência e Valoração do Eu

Refere-se à vivência da identidade pessoal e dos limites do self (Dalgalarondo, 2019):

Aspectos a Avaliar

- **Unidade do Eu:** sentimento de ser uma única pessoa
- **Identidade do Eu:** reconhecimento de si mesmo
- **Atividade do Eu:** sentimento de ser agente de ações e pensamentos
- **Limites do Eu:** distinção entre self e não-self
- **Continuidade do Eu:** sentimento de continuidade temporal

Alterações

- **Despersonalização:** sensação de estranheza em relação a si mesmo
- **Desrealização:** sensação de irrealidade do mundo externo
- **Vivência de influência:** sentimento de que pensamentos ou ações são controlados externamente
- **Difusão de identidade:** perda dos limites do Eu
- **Dupla personalidade:** convicção de possuir duas identidades

15. Vivência do Tempo e do Espaço

Vivência Temporal

- **Normal**
- **Aceleração do tempo:** tempo passa muito rapidamente
- **Retardo do tempo:** tempo parece parado ou extremamente lento
- **Atemporalidade:** perda da noção de passagem do tempo
- **Déjà vu:** sensação de já ter vivido o momento presente
- **Jamais vu:** sensação de nunca ter visto algo familiar

Vivência Espacial

- **Normal**
- **Micropsia:** objetos parecem menores
- **Macropsia:** objetos parecem maiores
- **Metamorfopsia:** distorção da forma dos objetos
- **Dismegalopsia:** alteração das distâncias

16. Personalidade

Trata-se da avaliação dos traços de personalidade predominantes, padrões de comportamento, estilo de relacionamento interpessoal e mecanismos de defesa (Dalgalarondo, 2019):

- Traços obsessivos (perfeccionismo, rigidez, necessidade de controle)
- Traços histéricos (dramaticidade, busca de atenção, emocionalidade excessiva)
- Traços paranoides (desconfiança, sensibilidade a críticas, hostilidade)
- Traços esquizoides (distanciamento afetivo, preferência por atividades solitárias)
- Traços dependentes (necessidade excessiva de apoio, dificuldade em tomar decisões)
- Traços narcisistas (grandiosidade, necessidade de admiração)
- Traços evitativas (esquiva de situações sociais, medo de rejeição)
- Traços antissociais (desrespeito por normas, impulsividade, ausência de remorso)

17. Contratransferência

Refere-se aos sentimentos, reações emocionais e pensamentos que o paciente desperta no entrevistador (Dalgalarondo, 2019):

- Sentimentos de empatia, simpatia
- Sentimentos de antipatia, rejeição
- Tédio, desinteresse
- Ansiedade, medo
- Irritação, frustração
- Confusão mental
- Proteção, desejo de ajudar
- Atração, sedução
- Competição, rivalidade

A contratransferência, quando reconhecida e elaborada, fornece informações valiosas sobre como o paciente afeta outras pessoas e sobre aspectos de sua dinâmica interpessoal.

18. Crítica e Insight

Refere-se à capacidade do paciente de reconhecer que está doente e de compreender a natureza de seus sintomas (Dalgalarondo, 2019):

Níveis de Insight

- **Insight completo:** reconhece estar doente, comprehende os sintomas como patológicos, aceita tratamento
- **Insight parcial:** reconhece alguns sintomas, mas não todos; ou reconhece sintomas mas não aceita tratamento
- **Ausência de insight:** não reconhece estar doente, nega sintomas, não vê necessidade de tratamento

David (1990) propôs três componentes do insight (Dalgalarondo, 2019):

1. Consciência da doença
2. Modo de nomear ou renomear os sintomas
3. Adesão a tratamentos propostos

19. Desejo de Ajuda

Avalia-se a motivação e disposição do paciente para receber ajuda:

- **Forte:** busca ativa de tratamento, boa motivação
- **Moderado:** aceita ajuda, mas com ambivalência
- **Fraco:** pouca motivação para tratamento
- **Ausente:** não vê necessidade de ajuda

20. Voluntariedade do Tratamento

Informa-se se o tratamento é:

- **Voluntário:** paciente procurou espontaneamente
- **Involuntário:** paciente foi trazido por terceiros, sem concordância
- **Compulsório:** por determinação judicial

Súmula do Exame Psíquico

Ao final do Exame do Estado Mental, deve-se fazer uma súmula, isto é, um resumo conciso utilizando termos técnicos apropriados, mas evitando o excesso de jargão médico, destacando os achados mais relevantes e significativos para o diagnóstico (Dalgalarondo, 2019).

Exemplo de súmula:

“Paciente com apresentação descuidada, higiene precária, cooperativo, lentificado psicomotoramente. Consciente, orientado globalmente. Atenção globalmente diminuída. Memória preservada. Sem alterações sensoperceptivas. Pensamento com curso lentificado, forma preservada, conteúdo com ideias de ruína e culpa. Fala com volume diminuído, voz baixa, pouco audível e lentificada. Inteligência estimada na média. Juízo de realidade preservado. Humor deprimido, afeto embotado, anedonia presente. Hipobulia acentuada. Sem alterações da consciência do Eu. Personalidade com traços obsessivos. Insight parcial. Desejo de ajuda moderado. Tratamento voluntário.”

Aspectos Práticos da Documentação

Registro por Escrito

Ao final da entrevista, forma-se o esboço do caso na mente do entrevistador. O relato do caso por escrito deve conter, de preferência, as próprias palavras que o paciente e os informantes usaram ao descrever os sintomas mais relevantes (Dalgalarondo, 2019).

Princípios para Boa Documentação

1. **Linguagem simples e precisa:** O relato deve ser compreensível, evitando jargão desnecessário
2. **Detalhado mas não prolixo:** Pormenorizado no essencial, conciso no secundário
3. **Uso sóbrio de terminologia técnica:** Proporcional ao grau de conhecimento obtido do caso
4. **Caligrafia legível e estilo claro:** Frases e parágrafos curtos
5. **Evitar interpretações precoces:** Não forçar significados psicológicos, psicanalíticos ou biológicos prematuramente

Valor Legal

O relato escrito tem, além de valor médico, importante valor legal. É um documento que, sendo bem-redigido, poderá ser decisivo em questões legais futuras (Dalgalarondo, 2019).

Perspectiva Longitudinal versus Transversal

A avaliação psiquiátrica possui uma dimensão longitudinal (histórica, temporal) e outra transversal (momentânea, atual) da vida do paciente (Dalgalarrodo, 2019). Sem a dimensão longitudinal, a transversal fica obscura e incompleta. Assim, as relações temporais devem ser claramente descritas.

Considerações Especiais

Pacientes com Alterações da Crítica

Muitas vezes, o paciente psiquiátrico não tem qualquer queixa a fazer; ou simplesmente não tem crítica ou insight de sua situação, de seu sofrimento (Dalgalarrodo, 2019). Pacientes graves, como psicóticos, bipolares em quadro maníaco, alguns dependentes químicos, com deficiência intelectual, síndromes autísticas ou demências, apresentam graves prejuízos quanto ao insight.

Nesses casos, informações de familiares e acompanhantes são fundamentais.

A Importância da Empatia e da Relação Terapêutica

A qualidade da relação estabelecida entre profissional e paciente é determinante para o sucesso do processo diagnóstico e terapêutico. Uma postura empática, respeitosa, interessada e não julgadora facilita a abertura do paciente e a coleta de informações relevantes.

Considerações Culturais

É fundamental considerar o contexto cultural do paciente. Algumas manifestações comportamentais ou vivências que poderiam ser consideradas patológicas em determinada cultura são normais e aceitas em outras. O entrevistador deve ter sensibilidade cultural para diferenciar variações normais de manifestações patológicas.

Conclusão

A entrevista psiquiátrica e o exame do estado mental constituem as ferramentas fundamentais do psiquiatra. O domínio dessas técnicas requer não apenas conhecimento teórico sobre psicopatologia, mas também desenvolvimento de habilidades interpessoais, capacidade de observação aguçada, sensibilidade para nuances da comunicação verbal e não verbal, e prática constante.

A avaliação cuidadosa e sistemática do paciente, documentada de forma clara e precisa, é a base para diagnósticos corretos, planejamento terapêutico adequado e acompanhamento efetivo da evolução do quadro clínico.

Como futuro psiquiatra, o estudante deve dedicar-se ao aprendizado e ao aprimoramento contínuo dessas competências essenciais, sempre mantendo uma postura ética, respeitosa e humanizada em relação aos pacientes.

Referências

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

Roteiro do Exame do Estado Mental

Introdução

Este roteiro expandido integra múltiplas fontes para fornecer o guia mais completo possível de descritores do Exame do Estado Mental. Foi desenvolvido especialmente para estudantes de psiquiatria que precisam de referência detalhada para documentação clínica.

Fontes Utilizadas:

- Dalgalarondo (2019) - Psicopatologia e Semiologia (Dalgalarondo, 2019)
 - Kaplan & Sadock (2017) - Compêndio de Psiquiatria (Sadock; Sadock; Ruiz, 2017)
 - Material didático complementar de semiologia psiquiátrica
-

1. Aspectos Gerais

1.1 Aparência Física

Cuidados Pessoais e Higiene

- Adequados (bem cuidado, asseado)
- Prejudicados (descuidado, desleixado)
- Precários (muito negligente)
- Excessivos (preocupação exagerada)
- Bizarros (padrões incomuns)

Vestimenta

- Adequada (apropriada ao contexto, estação, idade)
- Inadequada (inapropriada para o contexto)
- Descuidada (mal-ajambrada, suja, rasgada)
- Extravagante (chamativa, excêntrica)
- Bizarra (estranya, fora do comum)
- Sobreposta (várias camadas)
- Desarrumada (desalinhada, amassada)
- Formal (terno, vestido social)
- Informal (roupas casuais)
- Negligente (sujas, malconservadas)

Adornos e Acessórios

- Ausentes
- Discretos
- Excessivos
- Bizarros
- Inadequados ao contexto

Cabelos

- Alinhados, penteados
- Em desalinho, desarrumados
- Sujos

Expressão Facial

- Neutra
- Tensa, contraída, crispada
- Chorosa, lacrimejante
- Alegre, sorridente, radiante
- Triste, abatida, entristecida
- Perplexa, confusa, atônita
- Ansiosa, preocupada, temerosa
- Irritada, zangada, contrariada
- Inexpressiva, sem vivacidade, apática
- Hipomímica (expressão facial reduzida)
- Hipermímica (expressão facial exagerada)
- Enigmática

Contato Visual

- Adequado (mantém contato visual apropriado)
- Evitativo (evita olhar nos olhos)
- Fixo (olhar fixo, penetrante)
- Errante (olhos vagueando sem fixação)
- Desviante (desvia quando questionado)
- Vazio (olhar sem expressão)
- Intenso (muito intenso, desconfortável)

Idade Aparente

- Compatível com idade cronológica
- Aparenta ser mais jovem
- Aparenta ser mais velho

1.2 Postura

Geral

- Ereta, adequada
- Curvada, encurvada
- Rígida, tensa
- Relaxada
- Desleixada

Classificação por Atividade

- **Ativa:** postura dinâmica, movimenta-se adequadamente
- **Excessivamente ativa:** inquieto, não para quieto
- **Passiva:** apático, indiferente, pouco reativo

1.3 Atitude Frente ao Examinador

Atitudes Cooperativas

- **Cordial:** educado, gentil
- **Cooperativa/Cooperativo:** colabora com a entrevista, responde adequadamente
- **Submissa:** atende passiva e imediatamente, sem questionar, todas as solicitações

Atitudes Não Cooperativas

- **Não-cooperativa/Não cooperativo:** recusa-se a colaborar
- **De oposição/Oposicionista:**ativamente opõe-se às solicitações
- **Negativista:** recusa-se a participar, se opõe a tudo
- **Reação de último momento:** após intenso negativismo, começa a cooperar

Atitudes Hostis

- **Hostil:** demonstra agressividade verbal ou não verbal
- **Beligerante:** provoca, irrita, parece querer confronto
- **Querelante:** discute ou briga, sente-se ofendido ou prejudicado
- **Arrogante:** prepotente, superior

Atitudes Defensivas

- **De fuga:** tenta escapar ou encerrar a entrevista
- **Desconfiada:** desconfiado, cauteloso
- **Evasiva:** esquiva-se de responder, respostas vagas e inespecíficas
- **De esquiva:** evita contato social, retraída
- **Dissimuladora:** tenta ocultar sintomas ou fatos
- **Simuladora:** tenta simular sintomas que aparentemente não tem

Atitudes Expansivas

- **Expansiva:** fala alto, comporta-se como se fosse importante
- **Desinibida:** sem pudor ou constrangimento adequado, age como se conhecesse o examinador há anos
- **Sedutora:** tentadora, provocativa

Atitudes Manipulativas

- **Manipuladora:** tenta controlar a situação em benefício próprio, com chantagens, indiretas ou ameaças
- **Reivindicativa:** exige, de forma insistente, aquilo que julga ser seu direito, mesmo que inadequado
- **Grudenta:** difícil encerrar a conversa, quer atenção, prolixidade

Atitudes Afetadas

- **Afetada:** modo de falar, gesticular e andar muito teatral e artificial
- **Amaneirada:** comportamento caricatural (ex: chama o examinador de “vossa exceléncia”)
- **Dramática/Teatral:** hiperemocionalidade exagerada
- **Jocosa:** faz piadas (comum na mania)
- **Irônica:** piadas e tom de voz refletem arrogância e agressividade

Atitudes de Retraimento

- **Inibida/Contida:** não encara o examinador, pouco à vontade, se segura para não falar
- **Esquiva:** não deseja contato social

Atitudes Emocionais

- **Lamuriosa/Queixosa:** queixa-se constantemente, demonstra autopiedade
- **Pueril:** comporta-se como criança
- **Perplexa:** assustado, parece não entender o que está acontecendo
- **Confusa:** desorientada, atordoada
- **Deprimida:** entristecida, abatida
- **Indiferente:** apática, desinteressada

1.4 Comportamento e Atividade Psicomotora

Atividade Motora Global

- **Normal**
- **Agitação psicomotora:** aumento da atividade motora
- **Hiperatividade:** atividade excessiva
- **Inquietação/Acatisia:** impossibilidade de ficar parado
- **Lentificação psicomotora:** diminuição global da atividade
- **Inibição psicomotora:** ausência de respostas motoras adequadas
- **Estupor:** imobilidade, mutismo, ausência de resposta
- **Retardo motor:** movimentos lentos
- **Atividades sem propósito:** movimentos não direcionados a objetivos

Movimentos Específicos

- **Maneirismos:** movimentos bizarros, peculiares
- **Estereotipias:** movimentos repetitivos, sem finalidade aparente
- **Tiques:** movimentos involuntários, súbitos, repetitivos
- **Gestos:** movimentação das mãos ao falar (adequados/excessivos/ausentes)
- **Contrações musculares:** espasmos, tensão visível
- **Tremores:** (especificar localização e características)

Marcha e Equilíbrio

- Normal
- Lenta
- Acelerada
- Arrastada
- Atáxica: descoordenada
- Espástica
- Parkinsoniana: passos curtos, arrastados
- Ágil
- Desajeitada

Fenômenos Catatônicos

- **Catalepsia:** manutenção de postura imposta
- **Flexibilidade cérea:** resistência plástica à movimentação passiva
- **Negativismo ativo:** faz o oposto do solicitado
- **Negativismo passivo:** não faz nada quando solicitado
- **Obediência automática:** execução automática de ordens
- **Ecopraxia:** imitação automática de gestos do examinador

Outros

- **Combatividade:** agressividade física
 - **Flexibilidade:** movimentos fluidos
 - **Rigidez:** tensão muscular aumentada
-

2. Nível de Consciência

2.1 Alterações Quantitativas

Normal

- **Lúcido/Vigil:** completamente alerta e responsivo
- **Vigilante:** estado de alerta aumentado

Rebaixamento do Nível de Consciência

- **Obnubilado/Sonolento:** tende a cair em sono quando não estimulado, necessário falar alto ou tocá-lo
- **Confuso:** embotamento do sensório, dificuldade de compreensão, atordoamento, perplexidade, desorientação
- **Torporoso:** sonolência acentuada, dificuldade de despertar
- **Estuporoso:** ausência ou profunda diminuição de movimentos espontâneos, mutismo, responde apenas a estímulos vigorosos
- **Comatoso:** abolição completa da consciência, não responde a estímulos

Elevação do Nível de Consciência

- **Hiperalerta:** ansioso, com hiperatividade autonômica e respostas aumentadas aos estímulos

Flutuações

- **Flutuante:** alternâncias no nível de consciência

2.2 Alterações Qualitativas

Estreitamento do Campo da Consciência

- Consciência restrita a determinadas vivências
 - Perda da capacidade de reflexão
 - Outras vivências tornam-se inacessíveis
 - **Estado crepuscular:** consciência restrita com possível desorientação
-

3. Atenção

3.1 Componentes da Atenção

Tenacidade

Capacidade de fixar a atenção sobre determinada área ou objeto: - **Hipotenaz:** dificuldade em fixar a atenção - **Normotenaz:** capacidade normal de fixação - **Hipertenaz:** fixação excessiva

Vigilância

Qualidade que permite mudar o foco de um objeto para outro: - **Hipovigil:** dificuldade em mudar o foco - **Normovigil:** capacidade normal de alternar - **Hipervigil:** mudança excessiva de foco

3.2 Alterações Patológicas

Diminuição da Atenção

- **Hipoprosexia:** diminuição global da atenção, perda da concentração, fatigabilidade aumentada, dificuldade de percepção e compreensão
- **Aprosexia:** abolição total da capacidade de atenção

Aumento da Atenção

- **Hiperprosexia:** atenção exacerbada, concentração indefinida sobre certos objetos
- **Distração:** superconcentração ativa (normal)

Instabilidade da Atenção

- **Distraibilidade:** instabilidade e mobilidade patológica da atenção voluntária
-

4. Orientação

4.1 Orientação Autopsíquica

Orientação em relação a si mesmo: - **Orientado:** sabe nome, idade, data de nascimento, profissão, estado civil - **Desorientado:** confuso quanto à própria identidade - **Parcialmente desorientado:** incerteza sobre alguns dados pessoais

4.2 Orientação Alopsíquica

Orientação Temporal

- **Orientado:** sabe dia da semana, dia do mês, mês, ano, hora aproximada, época do ano
- **Desorientado temporal**
- **Parcialmente desorientado:** sabe alguns dados, outros não
- **Confuso quanto à data/hora/duração dos eventos**

Orientação Espacial

- **Orientado:** sabe onde está (tipo de local, nome, cidade, estado, país)
- **Desorientado espacial**
- **Parcialmente desorientado:** reconhece alguns aspectos do local

Padrão de Desorientação

Regra clínica: Desorientação ocorre nesta ordem: Tempo → Espaço → Em relação a si mesmo

5. Memória

5.1 Classificação Temporal

Memória Imediata (Curtíssimo Prazo)

- **Preservada:** retém informação por poucos segundos
- **Comprometida:** dificuldade em reter
- **Teste:** repetir dígitos ou palavras imediatamente

Memória Recente (Curto Prazo)

- **Preservada:** recorda eventos de minutos a 6 horas
- **Comprometida:** dificuldade com eventos recentes
- **Com lacunas:** falhas parciais
- **Teste:** O que comeu ontem? Há quanto tempo está internado?

Memória Remota (Longo Prazo)

- **Preservada:** recorda eventos de meses a muitos anos
- **Comprometida:** dificuldade com o passado distante
- **Seletivamente preservada:** recorda alguns períodos, outros não
- **Vaga:** recordações imprecisas
- **Teste:** Nome dos pais, data de casamento, escola que frequentou

5.2 Classificação por Sistema Cerebral

Memória de Trabalho

- **Preservada**
- **Comprometida**
- **Teste:** Pegar folha com mão direita, dobrar ao meio, colocar no chão

Memória Episódica

- **Preservada:** recordação consciente de fatos reais
- **Comprometida**
- **Teste:** Contar história e pedir que recorde após alguns minutos

Memória Semântica

- **Preservada:** conhecimentos de objetos, fatos, palavras
- **Comprometida**
- **Teste:** Nomear objetos, falar nomes de animais em 1 minuto

5.3 Alterações Quantitativas

Amnésias

- **Amnésia anterógrada:** não fixa novos elementos após evento traumático
- **Amnésia retrógrada:** perda de memória para fatos anteriores ao evento
- **Amnésia lacunar:** lacunas específicas
- **Amnésia global:** perda abrangente

5.4 Alterações Qualitativas

Distorções da Memória

- **Falsas memórias:** acréscimos de elementos falsos a um núcleo verdadeiro de lembrança
- **Confabulações:** preenchimento de lacunas de memória com conteúdo imaginário, sem intenção de mentir
- **Pseudomemórias:** “lembranças” de eventos que nunca ocorreram
- **Pseudologia fantástica:** histórias fantasiosas extensas, vividas com intensidade
- **Falso reconhecimento:** identifica estranhos como familiares
- **Déjà vu:** sensação de já ter vivido o momento
- **Jamais vu:** sensação de nunca ter visto algo familiar

6. Sensopercepção

6.1 Alterações Quantitativas

Hiperestesias

- Aumento da sensibilidade perceptiva

Hipoestesias

- Diminuição da sensibilidade

Anestesias

- Ausência de sensibilidade

6.2 Ilusões

Percepção deformada de objeto real e presente

Ocorrem em três condições: 1. Rebaixamento do nível de consciência 2. Fadiga grave ou falta de atenção 3. Estados afetivos intensos (ilusões catatímicas)

6.3 Alucinações

Percepção sem objeto presente, sem estímulo sensorial

Alucinações Auditivas

- **Vozes:** mais comuns em quadros mentais
- **Audioverbais:** escuta vozes sem estímulo real
- **Vozes de comando:** ordenam ações
- **Vozes que comentam:** comentam atividades
- **Dialogantes:** duas ou mais vozes conversando
- **Sons, ruídos, músicas**

Fenômenos relacionados (esquizofrenia): - **Sonorização do pensamento:** escuta próprios pensamentos - **Sonorização como vivência delirante:** escuta pensamentos introduzidos por outros - **Difusão do pensamento:** sensação de que outros ouvem seus pensamentos - **Eco do pensamento:** pensamentos ecoam

Alucinações Visuais

- **Figuras, cenas, vultos:** mais comuns em quadros neurológicos
- **Micropsias:** objetos parecem menores
- **Macropsias:** objetos parecem maiores
- **Especificar:** clareza, cor, movimento, localização

Alucinações Táteis

- **Sensações na pele**
- **Formicação:** sensação de insetos na pele
- **Comum em:** esquizofrenia, delirium tremens, uso de cocaína

Alucinações Olfativas

- **Percepção de odores inexistentes**

Alucinações Gustativas

- **Percepção de sabores inexistentes**

Alucinações Cenestésicas

- **Sensações viscerais bizarras:** cérebro encolhendo, órgãos apodrecendo

Alucinações Cinestésicas

- **Sensações de movimento do corpo:** corpo afundando, flutuando

Alucinações Hipnagógicas/Hipnopômpicas

- **Ao adormecer ou despertar** (podem ser normais)

Alucinoses

- Paciente reconhece caráter patológico da alucinação
- Critica imediatamente
- Mais frequente em quadros psicoorgânicos

Perguntas para investigação: - Tem observado coisas que não consegue explicar? - Ouve vozes de pessoas estranhas? - Ouve vozes sem saber de onde vem? - Vêm de dentro da cabeça ou de fora? - O que dizem essas vozes? - Tem visões? De dia ou à noite? - Apenas quando está acordando ou adormecendo?

7. Pensamento

7.1 Curso do Pensamento

Velocidade e fluxo ao longo do tempo

Normal

- Fluxo adequado
- Velocidade normal

Aceleração

- **Acelerado/Taquipsíquico:** pensamento muito rápido
- **Fuga de ideias:** aceleração extrema com perda de associações lógicas, associações por assonância
- **Pressão para falar:** necessidade incoercível de falar

Lentificação

- **Lentificado/Bradipsíquico:** progride lentamente
- **Latência de resposta:** demora para responder
- **Prolíxo:** excessivamente detalhado
- **Circunstancial:** detalhes irrelevantes, mas retorna ao objetivo
- **Tangencial:** desvia sem retornar

Interrupções

- **Bloqueio do pensamento:** interrupção súbita e brusca
- **Roubo do pensamento:** sensação de pensamento roubado por força externa

7.2 Forma do Pensamento

Estrutura e organização

Normal

- **Lógico e coerente:** organizado, com nexo causal
- **Abstrato:** capacidade de abstração preservada
- **Concreto:** capacidade de abstração mantida

Desorganização Leve a Moderada

- **Afrouxamento das associações:** associações menos articuladas
- **Descarrilhamento:** extravios do curso normal

Desorganização Grave

- **Dissociação:** perda progressiva da sequência lógica
- **Desagregação:** perda total da coerência
- **Incoerente:** sem nexo entre ideias
- **Ilógico:** sem lógica aparente

Alterações Específicas

- **Perseverativo:** repetição de temas ou palavras
- **Com associações frouxas:** conexões tênuas
- **Neologismos:** criação de palavras novas
- **Salada de palavras/Jargonofasia:** palavras sem sentido
- **Para-respostas:** respostas não relacionadas à pergunta

7.3 Conteúdo do Pensamento

Temas predominantes

Normal

- **Adequado ao contexto**
- **Rico e variado**
- **Pobre:** escassez de conteúdo

Ideias Prevalentes ou Sobrevaloradas

- Preocupações dominantes
- Convicções intensas com carga afetiva
- Egossintônicas (aceitas pelo paciente)
- Fazem sentido para o paciente

Ideias Obsessivas

- Pensamentos intrusivos, repetitivos
- Egodistônicos (indesejáveis)
- Paciente tenta resistir
- Geram ansiedade

Ideias Fóbicas

- Medos irracionais específicos
- Reconhecidos como exagerados

Ideias Delirantes

Ver seção 15 (Juízo de Realidade) para detalhamento completo

Preocupações Específicas

- **Suicidas:** ideação, planos, intenção
- **Homicidas:** ideação, planos, intenção
- **Persecutórias**
- **De referência**
- **Religiosas**
- **Sexuais**
- **De grandeza/poder/riqueza**
- **De ruína/culpa**

- Hipocondríacas
-

8. Linguagem

8.1 Produção Verbal

Volume

- Normal
- **Hipofonia:** volume baixo, voz baixa
- **Hiperfonia:** volume alto

Velocidade

- Normal
- **Bradilalia:** fala muito devagar, forma lenta e difícil
- **Taquilalia:** produção aumentada e acelerada
- **Logorreia:** fluxo incessante de palavras, pode perder lógica
- **Pressão para falar:** incoercível, não consegue parar

Fluxo

- Fluente
- Não fluente
- **Loquacidade:** aumento sem prejuízo lógico

Articulação

- Clara
- **Disartria:** articulação prejudicada
- Arrastada

Tom e Prosódia

- **Normal:** entonação adequada
- **Monotônico:** sem variação
- **Infantilizado:** tom pueril
- **Choroso:** lacrimoso
- **Irritado:** zangado
- **Ansioso:** tenso
- **Agudo**
- **Grave**

Latênciac

- **Normal**
- **Latênciac de resposta:** demora para responder

8.2 Alterações Específicas

Ausênciac ou Reduçâo

- **Mutismo:** ausênciac completa de resposta verbal
- **Mutismo seletivo:** fala apenas em certas situações

Repetições

- **Perseveração:** repetição automática esteriotipada
- **Estereotipia verbal:** repetição mecânica sem sentido
- **Ecolalia:** repetição das palavras do entrevistador
- **Palilalia:** repetição da própria última palavra
- **Verbigeraçâo:** repetição monótona sem sentido comunicativo

Alterações do Conteúdo

- **Neologismos:** invençâo de palavras novas
- **Salada de palavras:** sequênciac sem nexo
- **Para-respostas:** respostas não relacionadas
- **Glossolalia:** sons sem sentido imitando fala

Alterações Motoras da Fala

- **Tiques verbais:** sons guturais recorrentes
- **Coprolalia:** emissão involuntária de palavras obscenas

Outras

- **Solilóquio:** gesticula/fala sozinho
- **Mussitação:** murmuração inaudível sem sentido

8.3 Afasias

Afasia de Broca (Não Fluente)

- Compromete expressão
- Compreensão preservada
- Sabe o que quer dizer, mas não consegue pronunciar

Afasia de Wernicke (Fluente)

- Compromete recepção
- Fala fluente sem sentido
- Não comprehende adequadamente

Compreensão

- **Preservada:** comprehende adequadamente
 - **Comprometida:** dificuldade de comprehensão
 - **Parcialmente comprometida:** comprehende comandos simples, não complexos
-

9. Inteligência

9.1 Avaliação Geral

Informações a Coletar

- Desenvolvimento escolar
- Idade de ingresso
- Repetências
- Dificuldades específicas
- Quando/por que parou

Capacidades a Avaliar

- Adaptação ao meio
- Aprendizado com experiência
- Pensamento abstrato
- Resolução de problemas
- Conhecimentos gerais
- Capacidade de cálculo

9.2 Classificação Funcional

Normal

- **Estimada na média:** funcionamento aparentemente normal
- **Acima da média:** capacidade superior

Abaixo da Média

- **Inteligência limítrofe:** QI 70-84 (não é DI)
- **Deficiência intelectual leve:** QI 50-69
- **Deficiência intelectual moderada:** QI 35-49
- **Deficiência intelectual grave:** QI 20-34
- **Deficiência intelectual profunda:** QI < 20

Deterioração

- **Demência:** deterioração orgânica global

9.3 Aspectos Específicos

Abstração

- **Preservada:** interpreta provérbios, metáforas
- **Comprometida:** pensamento concreto
- **Dificuldade de abstração**

Conhecimentos Gerais

- Adequados ao nível cultural
- Limitados
- Muito restritos

Cálculo

- Preservado
 - Comprometido
-

10. Juízo de Realidade

10.1 Normal

- **Preservado:** avaliação adequada da realidade

10.2 Alterações

Ideias Prevalentes ou Sobrevaloradas

- Importância afetiva enorme
- Egossintônicas
- Fazem sentido para o paciente
- Não são delírios

Delírios

Juízos patologicamente falsos

10.3 Características dos Delírios

Quatro Características Essenciais

1. **Convicção extraordinária:** impossível colocar em dúvida
2. **Irremovível:** impossível modificar por argumentação
3. **Conteúdo falso:** geralmente impossível
4. **Individual:** não compartilhado por grupos culturais

Sete Dimensões (Indicadores de Gravidade)

1. **Grau de Convicção** - Inabalável - Com dúvidas - Oscilante
2. **Extensão** - Circunscrito a uma área - Envolve várias áreas da vida - Pervasivo
3. **Bizarrice ou Implausibilidade** - Possível - Improvável - Bizarro/Impossível
4. **Desorganização** - Sistematizado (lógica própria) - Parcialmente organizado - Fragmentado/Caótico
5. **Pressão ou Preocupação** - Pouco envolvido - Moderadamente preocupado - Totalmente absorvido
6. **Resposta Afetiva** - Pouco abalado - Moderadamente ansioso/triste - Intensamente perturbado
7. **Comportamento Desviante** - Não age segundo o delírio - Age ocasionalmente - Atos perigosos/frequentes

Congruência com Humor

- **Congruente:** delírio compatível com humor (ex: depressão + delírio de ruína)
- **Incongruente:** delírio incompatível (pior prognóstico)

10.4 Surgimento e Evolução do Delírio

Fase Pré-Delirante

- **Trema/Humor delirante:** aflição, ansiedade intensa, perplexidade
- Sensação de que algo terrível vai acontecer
- Duração: horas a dias

Revelação do Delírio

- **Apofania:** revelação súbita - “ah, então é isso!”
- **Anástrofe:** mundo se volta para o delirante
- Alívio inicial após revelação

Fase Apocalíptica

- Desorganização após revelação
- Sintomas catatônicos possíveis
- Excitação psicomotora
- Alterações da consciência do Eu

Consolidação

- Cristalização do delírio
- Elaboração intelectual

Fase Residual

- Perda de impulso e afetividade
- Isolamento

10.5 Tipos de Delírios

Persecutórios

- Crença de ser perseguido, ameaçado
- Complô, conspirações
- Inimigos

Perguntas: - Tem motivos para desconfiar de alguém? - Alguém tentou prejudicá-lo? - Recebeu ameaças? - Alguém o persegue? - Trata-se de algum complô? - Como pensa se defender?

De Referência

- Eventos externos se referem ao paciente
- Pessoas falam dele, fazem sinais
- TV/rádio transmitem mensagens

Perguntas: - As pessoas falam de você? - Alguém te espia ou faz sinais? - Viu na TV algo a seu respeito? - Quais as intenções delas?

De Influência

- Pensamentos/ações controlados externamente
- Forças, máquinas, pessoas controlam
- Pensamentos impostos ou roubados

De Grandeza

- Poderes especiais
- Riqueza excepcional
- Identidade especial
- Missão importante

Perguntas: - Sente-se forte, especial? - Tem algum talento ou habilidade especial? - Tem projetos ou realizações especiais? - Você é uma pessoa rica?

De Ruína

- Crença de estar arruinado
- Perda financeira irreversível
- Família passará fome

De Culpa

- Culpa patológica
- Cometeu pecados graves
- Merece punição

Perguntas: - Tem pensamentos negativos? - Há algo que se arrepende? - Fez mal a alguém? - As pessoas o condenam?

Hipocondríacos/Somáticos

- Crença de estar doente
- Órgãos estragados
- Doenças graves não detectadas

Perguntas: - Preocupa-se com sua saúde? - Que partes do corpo estão doentes? - Algo está errado com seu corpo?

De Ciúmes

- Certeza infundada de infidelidade
- Interpretação de sinais

Perguntas: - Você confia em sua esposa/esposo? - Tem motivos para suspeitar? - Tem provas de traição? - Como tem certeza?

Religiosos/Místicos

- Relação especial com Deus
- Missão divina
- Possessão
- Influência de espíritos

Perguntas: - Você é uma pessoa religiosa? - Teve contato com espíritos? - Recebeu influência sobrenatural? - Tem relação especial com Deus?

Nihilistas

- Negação da existência
- Órgãos não funcionam
- Está morto
- Mundo acabou

Bizarros

- Conteúdo impossível, absurdo
 - Alienígenas, controle mental
 - Transformações impossíveis
-

11. Vida Afetiva

11.1 Humor (Estado de Humor Basal)

Estado emocional de fundo, mais duradouro

Classificação Quantitativa

- **Hipertímico:** humor elevado
- **Eutímico:** humor normal
- **Hipotímico:** humor rebaixado

Descritores Qualitativos

- **Eutímico:** normal, adequado
- **Deprimido/Hipotímico:** triste, melancólico
- **Melancólico:** tristeza profunda
- **Elevado/Hipertímico:** alegre, expansivo
- **Eufórico:** alegria exagerada, patológica
- **Elação:** euforia + expansão do Eu, grandeza
- **Expansivo:** contagiante, exuberante
- **Exaltado:** muito elevado
- **Irritável:** irritadiço, explosivo
- **Disfórico:** irritação, amargura, desgosto, agressividade
- **Lábil:** oscilações frequentes e rápidas
- **Incontinente:** perda do controle emocional

11.2 Afeto (Expressão Emocional Observável)

Manifestação externa, observável, das emoções

Adequação

- **Adequado/Apropriado:** condizente com conteúdo e contexto
- **Inadequado/Discordante/Inapropriado:** incongruente
- **Congruente:** corresponde ao humor referido
- **Incongruente:** não corresponde ao humor
- **Sintonia:** capacidade de adequar ao ambiente
- **Irradiação:** capacidade de irradiar afeto

Amplitude/Quantidade

- **Amplo:** bem-modulado, variado
- **Normal:** variação adequada
- **Restrito/Embotado:** amplitude reduzida
- **Embotado:** marcadamente reduzido
- **Aplanado/Achatado:** praticamente ausente
- **Hipermodulado:** expressão exagerada
- **Normomodulado:** modulação normal
- **Hipomodulado:** expressão reduzida

Variação

- **Adequado:** variações normais
- **Lábil:** mudanças rápidas e frequentes
- **Labilidade afetiva:** oscilações súbitas e imotivadas
- **Incontinência afetiva:** não consegue conter reações
- **Superficial:** raso, sem profundidade

Qualidade/Tom

- **Disfórico**
- **Feliz**
- **Eutímico**
- **Irritável**
- **Irritado**
- **Agitado**
- **Choroso/Soluçante**

11.3 Alterações Específicas

Diminuição/Ausência

- **Apatia:** diminuição da excitabilidade emotiva, “não sinto nada”
- **Anedonia:** incapacidade de sentir prazer
- **Pobreza de sentimentos:** perda progressiva das vivências afetivas
- **Embotamento afetivo:** perda profunda de vivências afetivas
- **Sentimento de falta de sentimento:** incapacidade que causa sofrimento
- **Indiferença afetiva (belle indifférence):** frieza diante dos sintomas

Desorganização

- **Inadequação/Paratimia:** reação incongruente
- **Ambivalência afetiva:** sentimentos opostos simultâneos

Características Especiais

- **Puerilidade:** ri ou chora por motivos banais, afetividade superficial
 - **Irritabilidade patológica:** hiperreatividade hostil e agressiva
-

12. Vontação

12.1 Normal

- **Vontade preservada:** capacidade de decisão e execução mantida
- **Motivação adequada**

12.2 Diminuição ou Ausência

- **Hipobulia:** diminuição da vontade e iniciativa
- **Abulia:** ausência de vontade, incapacidade de decidir e agir

12.3 Aumento

- **Hiperbulia:** aumento patológico da vontade e iniciativa

12.4 Alterações Específicas

- **Ambivalência volitiva:** dificuldade em decidir, vontades contraditórias
-

13. Psicomotricidade

13.1 Atividade Motora Global

- **Normal:** atividade adequada
- **Agitação psicomotora:** aumento marcante
- **Hiperatividade:** atividade excessiva
- **Inquietação/Acatisia:** impossibilidade de ficar parado
- **Lentificação psicomotora:** diminuição global
- **Inibição psicomotora:** ausência de respostas sem déficit motor primário
- **Estupor:** perda de atividade espontânea, consciência aparentemente preservada
- **Retardo motor:** movimentos lentos

13.2 Movimentos Anormais

- **Estereotipias:** movimentos repetitivos sem finalidade
- **Maneirismos:** movimentos bizarros peculiares
- **Tiques:** movimentos involuntários súbitos
- **Tremores:** (especificar localização)
- **Carfologia:** movimento de pegar fios imaginários
- **Discinesias:** movimentos involuntários anormais

13.3 Fenômenos Catatônicos

- **Catalepsia:** manutenção de postura imposta
- **Flexibilidade cérea:** resistência plástica
- **Negativismo ativo:** faz o oposto
- **Negativismo passivo:** não faz nada
- **Obediência automática:** execução automática
- **Ecopraxia:** imitação de gestos

13.4 Marcha

- Normal
 - Lenta
 - Acelerada
 - Arrastada
 - Atáxica
 - Espástica
 - Parkinsoniana
-

14. Controle de Impulsos

14.1 Ato Impulsivo

Características: - Abolição de fases de intenção/deliberação/decisão - Egossintônico (não percebe como inadequado) - Associado a impulsos patológicos - Incapacidade de tolerar frustração

14.2 Ato Compulsivo

Características: - Desconforto subjetivo - Egodistônico (indesejável) - Tentativa de resistir - Alívio após realização - Frequentemente associado a obsessões

14.3 Outros

- **Impulsividade:** ações sem planejamento ou consideração de consequências
 - **Compulsões:** atos repetitivos em resposta a impulsos irresistíveis
-

15. Consciência e Valoração do Eu

15.1 Consciência de Atividade do Eu

Normal: tudo que o Eu faz é vivenciado como próprio

Alterações:

Alteração da Consciência de Existência: - Suspensão da sensação do próprio Eu - “Sou apenas uma máquina” - “Sinto-me como um nada, um morto”

Alteração da Consciência de Execução: - Pensamentos feitos/impostos por outros - Roubo do pensamento - Ações controladas externamente - Vivências de influência

15.2 Consciência de Unidade do Eu

Normal: Eu sentido como uno e indivisível

Alterações:

- Sentimento de divisão radical
- “Sou anjo e demônio ao mesmo tempo”
- Ambivalência profunda

15.3 Consciência da Identidade do Eu no Tempo

Normal: consciência de ser o mesmo ao longo do tempo

Alterações:

- “Não sou a mesma pessoa de antes”
- Perda da continuidade temporal

15.4 Consciência de Oposição do Eu ao Mundo

Normal: percepção clara da separação entre Eu e mundo exterior

Alterações:

- **Despersonalização:** estranheza em relação a si mesmo
 - **Desrealização:** sensação de irrealidade do mundo
 - **Difusão de identidade:** perda dos limites do Eu
 - **Transitivismo:** transformação em animal/objeto
 - **Publicação do pensamento**
 - **Sonorização do pensamento**
 - **Eco do pensamento**
-

16. Vivência do Tempo e do Espaço

16.1 Temporal

- **Normal**
- **Aceleração:** tempo passa rapidamente demais
- **Retardo:** tempo parece parado ou muito lento
- **Atemporalidade:** perda da noção temporal
- **Déjà vu:** sensação de já ter vivido
- **Jamais vu:** sensação de nunca ter visto algo familiar

16.2 Espacial

- **Normal**
 - **Micropsia:** objetos parecem menores
 - **Macropsia:** objetos parecem maiores
 - **Metamorfopsia:** distorção da forma
 - **Dismegalopsia:** alteração das distâncias
-

17. Personalidade

17.1 Traços Principais

Cluster A (Excêntricos)

- **Traços paranoides:** desconfiança, sensibilidade a críticas, hostilidade
- **Traços esquizoides:** distanciamento afetivo, preferência por solidão
- **Traços esquizotípicos:** excentricidade, pensamento mágico

Cluster B (Dramáticos)

- **Traços histrionicos/histéricos:** dramaticidade, busca de atenção, emocionalidade excessiva
- **Traços narcisistas:** grandiosidade, necessidade de admiração
- **Traços borderline:** instabilidade, impulsividade, medo de abandono
- **Traços antissociais:** desrespeito por normas, impulsividade, ausência de remorso

Cluster C (Ansiosos)

- **Traços evitativos:** esquiva social, medo de rejeição
- **Traços dependentes:** necessidade excessiva de apoio, dificuldade em decidir
- **Traços obsessivos:** perfeccionismo, rigidez, necessidade de controle

Outros

- **Traços ansiosos:** preocupação excessiva
 - **Traços impulsivos:** dificuldade de controle
-

18. Contratransferência

Sentimentos, reações emocionais e pensamentos que o paciente desperta no entrevistador

18.1 Descritores

- **Empatia:** sentimento de compreensão e conexão
 - **Símpatia:** sentimento positivo
 - **Antipatia:** sentimento negativo
 - **Rejeição:** desejo de afastar-se
 - **Tédio:** desinteresse
 - **Ansiedade:** apreensão
 - **Medo:** temor
 - **Irritação:** contrariedade
 - **Frustração:** impotência
 - **Confusão:** dificuldade em compreender
 - **Proteção:** desejo de cuidar
 - **Compaixão:** pena
 - **Sedução:** atração
 - **Competição:** rivalidade
-

19. Crítica e Insight

19.1 Juízo Crítico

Capacidade de autoavaliar-se e ter visão realista de si

19.2 Insight

Compreensão sobre si, dificuldades, estado emocional, doença e consequências

Três Componentes (David, 1990):

1. Consciência da doença
2. Modo de nomear/renomear sintomas
3. Adesão a tratamentos

Níveis de Insight

- **Insight completo:** reconhece doença, sintomas, aceita tratamento
 - **Insight parcial:** reconhece alguns aspectos
 - **Insight ausente:** não reconhece estar doente
 - **Crítica preservada:** reconhece sintomas como patológicos
 - **Crítica comprometida:** não reconhece anormalidade
 - **Nega doença:** rejeita ativamente
 - **Ambivalente:** dúvida sobre estar doente
-

20. Desejo de Ajuda e Motivação

20.1 Desejo de Ajuda

- **Forte:** busca ativa de tratamento
- **Moderado:** aceita com alguma motivação
- **Fraco:** pouca motivação
- **Ausente:** não vê necessidade
- **Ambivalente:** oscila entre querer e não querer

20.2 Voluntariedade do Tratamento

- **Voluntário:** procurou espontaneamente
 - **Involuntário:** trazido por terceiros
 - **Compulsório:** determinação judicial
-

Súmula Psicopatológica

Ao final do exame, elabore uma súmula concisa destacando:

Agrupamento por Sistemas

Sistema 1: Funções Cognitivas

(Afetadas em transtornos psico-orgânicos)

- Consciência
- Atenção, vigilância
- Orientação
- Memória
- Linguagem
- Inteligência

Sistema 2: Vida Afetiva e Comportamento

(Afetadas em transtornos afetivos, neuróticos e de personalidade)

- Humor
- Afeto, modulação
- Psicomotricidade
- Controle de impulsos
- Volição

Sistema 3: Funções Psicóticas

(Afetadas em transtornos psicóticos)

- Pensamento (curso, forma, conteúdo)
 - Juízo de realidade
 - Sensopercepção
 - Consciência do Eu
 - Juízo de morbidade/insight
-

Referências

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. **Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica.** 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

Casos Clínicos

Escolha um caso e elabore o Exame do Estado Mental completo

Instruções

Leia atentamente os casos clínicos apresentados abaixo. Escolha **UM** dos casos e elabore um Exame do Estado Mental completo, seguindo o roteiro fornecido. Utilize os descritores apropriados para cada item do exame.

Ao final, redija uma **súmula do exame psíquico**, resumindo de forma concisa os achados mais relevantes utilizando terminologia técnica apropriada.

Maria, 34 anos

Maria é trazida ao pronto-socorro psiquiátrico pela irmã, que relata preocupação com seu comportamento nas últimas três semanas. Durante a entrevista, Maria se apresenta vestindo roupas escuras, cabelos desarrumados, unhas sujas. Ela entra na sala lentamente, ombros caídos, olhar cabisbaixo. Senta-se na cadeira de forma retraída, braços cruzados.

Ao ser questionada, Maria mantém contato visual apenas brevemente, desviando o olhar para o chão. Responde às perguntas com voz baixa, quase inaudível, demorando vários segundos antes de cada resposta. Suas respostas são monossilábicas inicialmente: “sim”, “não”, “não sei”.

Quando perguntada sobre como está se sentindo, Maria demora cerca de 20 segundos e responde: “Vazia... sem sentido... nada importa mais”. Lágrimas começam a escorrer por seu rosto, mas ela não faz nenhum esforço para limpá-las.

Maria sabe que está no hospital, reconhece que é terça-feira, mas não tem certeza se estamos em março ou abril. Ela sabe seu nome e idade. Quando solicitada a repetir três palavras (mesa, cadeira, chave), consegue fazê-lo. Após cinco minutos de conversa, quando perguntada sobre as três palavras, ela lembra apenas de “mesa”.

Durante toda a entrevista, Maria se movimenta muito pouco. Suas expressões faciais são mínimas. Quando perguntada se tem apetite, ela balança a cabeça negativamente. Sobre o sono, responde: “Acordo às três da manhã e fico pensando... pensando que sou um peso para todos, que seria melhor se eu não estivesse aqui”.

Quando questionada diretamente sobre pensamentos de se machucar, Maria hesita longamente e finalmente sussurra: “Penso... às vezes... que não aguento mais”. Ela nega ter feito planos específicos, mas admite que “tem guardado” alguns comprimidos que sobraram de tratamentos anteriores.

Maria relata que nos últimos meses perdeu o interesse em tudo que antes gostava - cozinhar, assistir suas séries favoritas, sair com amigas. “Nada me dá prazer mais... é como se eu não sentisse nada, só um vazio pesado”, diz ela com voz monótona.

Questionada sobre o que causou essa mudança, Maria diz: “Eu falhei... perdi meu emprego, decepcionei minha família... sou um fracasso completo”. Quando a irmã tenta contradizê-la, dizendo que ela foi demitida por cortes na empresa, Maria balança a cabeça: “Não, foi porque eu não sirvo para nada mesmo”.

Maria reconhece que está se sentindo mal e aceita quando é sugerido que ela precisa de ajuda, embora sem demonstrar muita expectativa: “Não sei se vai adiantar, mas tudo bem, vamos tentar”.

João, 28 anos

João chega ao consultório caminhando rapidamente, entra na sala sem esperar ser chamado, e imediatamente começa a falar antes mesmo de se sentar: “Doutor, finalmente! Tenho tantas ideias incríveis para compartilhar com o senhor! O senhor não vai acreditar no que descobri!”

Ele está vestido com roupas coloridas - uma camisa amarela vibrante, calça vermelha, tênis laranja. Usa vários colares e pulseiras. Seus cabelos estão despenteados, mas ele parece não se importar. Há um perfume forte.

Durante toda a entrevista, João não para de se movimentar. Levanta-se, senta-se, anda pela sala, gesticula amplamente. Fala muito rápido, pulando de um assunto para outro: “Então, doutor, eu estava pensando em abrir três empresas - não, quatro! - uma de tecnologia, outra de moda, uma de culinária e... ah sim! Uma gravadora, porque eu componho músicas agora, sabe? Aliás, o senhor gosta de música? Eu estou escrevendo uma sinfonia, vai revolucionar a música clássica!”

Quando tentamos fazer uma pergunta, João nos interrompe repetidamente. Ele fala sem parar por vários minutos, pulando de tema em tema. Quando perguntamos sobre sono, ele diz:

“Dormir? Quem precisa dormir quando há tanto para fazer? Durmo umas duas, três horas e acordo cheio de energia! Aliás, o sono é superestimado, Einstein dormia pouco, sabia?”

João parece extremamente alegre, sorrindo constantemente, rindo alto de suas próprias piadas. Quando perguntamos se ele está se sentindo bem, ele responde: “Bem? Doutor, eu nunca me senti tão incrível na vida! Estou no auge, no topo do mundo! Sabe por quê? Porque descobri que tenho um propósito especial, uma missão!”

Questionado sobre essa “missão”, João se aproxima, baixa a voz como se contando um segredo: “Eu vou mudar o mundo, doutor. Tenho conexões especiais... o universo se comunica comigo através de sinais. Ontem, por exemplo, vi um carro vermelho seguido de um azul - isso significa que minha empresa de tecnologia vai ser um sucesso!”

Durante a conversa, João pega seu celular várias vezes, mostra fotos e vídeos, tenta tocar uma música que compôs. Menciona ter gasto R\$ 15.000 em equipamento de música nos últimos três dias. “Mas tudo bem, doutor, porque eu vou ganhar milhões! Na verdade, já estou conversando com investidores - bem, na verdade mandei e-mails para várias pessoas importantes, tenho certeza que vão responder!”

João sabe o dia, mês, ano, onde está. Consegue fazer cálculos matemáticos simples rapidamente, embora se impaciente com a lentidão da tarefa. Quando tentamos aprofundar perguntas sobre sua família ou trabalho, ele muda rapidamente de assunto.

A família relata, quando João sai brevemente da sala, que ele dormiu apenas 2 horas por noite na última semana, gastou todas as economias, e foi demitido do emprego por comportamento inadequado (chegava atrasado, fazia brincadeiras inapropriadas, discutia com chefes).

Quando sugerimos que João talvez precise de um acompanhamento, ele responde: “Acompanhamento? Doutor, com todo respeito, mas quem precisa de tratamento são as pessoas negativas que não conseguem acompanhar meu ritmo! Mas tudo bem, venho aqui para conversar se o senhor quiser, adoro conversar!” Ele não demonstra nenhum reconhecimento de que seu comportamento possa ser problemático.

Carlos, 42 anos

Carlos entra na sala de entrevista olhando ao redor com atenção, verificando os cantos, olhando para trás antes de fechar a porta. Ele está vestido adequadamente, higiene preservada, mas nota-se uma tensão em sua postura - ombros contraídos, punhos cerrados.

Ao sentar-se, Carlos escolhe uma cadeira que lhe permite ver a porta. Mantém contato visual, mas de forma intensa, quase penetrante. Quando o entrevistador se move, Carlos acompanha com o olhar.

“Bom dia, doutor”, ele diz com voz controlada. “Antes de começarmos, preciso saber: quem mais vai ter acesso ao que eu disser aqui? Essa conversa está sendo gravada? Há câmeras nesta sala?”

Após ser reassegurado sobre confidencialidade, Carlos começa a falar, inicialmente com hesitação: “Eu vim porque minha esposa insistiu... ela diz que eu estou ‘paranóico’, mas ela não entende o que está acontecendo realmente”.

Carlos explica que nos últimos seis meses percebeu que está sendo vigiado. “No início achei que era coincidência, mas agora tenho certeza. Há um carro que sempre está estacionado perto de casa - às vezes é preto, às vezes azul, mas eu sei que é o mesmo grupo”. Quando perguntado sobre evidências, Carlos responde: “É óbvio! O carro sempre está lá quando saio. E tem mais: meu computador está sendo hackeado. Encontrei arquivos movidos de lugar, e tenho certeza que não fui eu”.

Ele continua: “No trabalho também. As pessoas sussurram quando passo, olham para mim de forma estranha. Ouvi meu chefe falando ao telefone outro dia, ele disse ‘temos que fazer algo a respeito dele’ - eu sei que estava falando de mim”.

Carlos sabe o dia, hora, onde está, seus dados pessoais. Sua memória está preservada. Ele fala de forma organizada, articulada, usa vocabulário adequado. No entanto, sempre retorna aos temas de vigilância e conspirações.

“Doutor, eu não sou louco”, ele diz enfaticamente. “Sei exatamente o que estou falando. Tenho até um caderno onde anoto todas as evidências - horários em que vejo o carro, nomes de pessoas que agem de forma suspeita. Quer ver?” Ele tira um caderno do bolso com dezenas de páginas preenchidas com anotações detalhadas.

Quando questionado sobre o motivo de alguém querer vigiá-lo, Carlos hesita: “Ainda estou tentando descobrir... talvez seja relacionado ao meu trabalho. Trabalho com TI, tenho acesso a informações confidenciais. Ou talvez... talvez tenha a ver com algo que descobri sem querer”.

Sua expressão facial durante toda a entrevista é séria, tensa. Não demonstra alegria ou tristeza marcantes, mas uma preocupação constante. Ele não dorme bem - “fico alerta, qualquer barulho me acorda”. Seu apetite está normal.

Carlos nega ouvir vozes ou ver coisas que outros não veem. “Não sou esquizofrênico, doutor. Eu sei diferenciar realidade de fantasia. O que está acontecendo é REAL”. Ele se torna levemente irritado quando o entrevistador sugere que suas percepções possam não ser acuradas.

Quando perguntado se gostaria de tratamento, Carlos responde: “Tratamento para quê? Eu não estou doente! Vim aqui porque minha esposa está ameaçando me deixar se eu não vier. Mas o problema não sou eu - é ela que não acredita em mim”.

Apesar da resistência, Carlos concorda em continuar conversando “para provar que não há nada de errado comigo”.

Ana, 19 anos

Ana é trazida pelos pais após um episódio em que foi encontrada no banheiro tentando “tirar as formigas que estavam debaixo de sua pele” com uma tesoura, causando vários cortes superficiais nos braços.

Ela entra na sala lentamente, olhando ao redor de forma confusa. Está vestida com um pijama, chinelo, cabelos desgrenhados. Há manchas de comida na blusa. Ela parece não se importar com sua aparência.

Ana senta-se e olha para o entrevistador com olhos arregalados. Quando cumprimentada, ela demora a responder, como se processasse as palavras lentamente. “Oi...”, diz finalmente com voz baixa e sem entonação.

Quando perguntada sobre seu nome, ela responde corretamente. Sobre a data, hesita: “É... setembro? Ou outubro?” (Estamos em junho). Sobre onde está: “No... hospital? Acho que é um hospital”. Ela sabe que tem 19 anos, mas quando perguntada sobre sua data de nascimento exata, ela franze a testa: “15... 15 de... espera... não lembro”.

Durante a entrevista, Ana frequentemente olha para o canto da sala, como se visse algo ali. Em um momento, ela aponta: “Você está vendo aquela mulher ali?” Quando o entrevistador diz que não vê ninguém, Ana parece confusa: “Mas ela está bem ali... de vestido branco... ela fica me olhando”.

Ana então começa a coçar os braços vigorosamente. “Elas estão voltando”, diz angustiada. “As formigas... elas entram pela minha pele e andam dentro de mim. Posso sentir elas caminhando nas minhas veias”. Ela mostra os braços ao entrevistador. “Você não vê? Tem tantas!”

Quando se tenta conversar com Ana sobre outros assuntos, ela tem dificuldade em manter o foco. Suas respostas são vagas e às vezes não fazem sentido. Perguntada sobre sua família, ela diz: “Família... pássaros... voando... preciso voar também”. Essa resposta não parece ter conexão lógica com a pergunta.

Em outro momento, Ana interrompe a conversa abruptamente: “Silêncio! Você ouve? As vozes... elas estão falando sobre mim”. Quando perguntado o que as vozes dizem, ela responde: “Dizem que sou suja... que preciso me limpar... que as formigas vão me devorar se eu não tirar elas de dentro de mim”.

A expressão facial de Ana é relativamente vazia, com pouca variação emocional. Mesmo quando fala sobre as vozes e as formigas, não demonstra o grau de ansiedade que seria esperado. Sua voz permanece monótona.

Quando se pede que Ana repita três palavras (gato, mesa, flor), ela consegue repetir imediatamente. Mas após dois minutos, quando perguntada novamente, ela não consegue lembrar nenhuma das palavras. “Não me lembro... havia palavras? Ah sim... eram... não sei”.

Ana se movimenta pouco durante a entrevista. Seus gestos são lentos, como se ela estivesse em câmera lenta. Ela ocasionalmente faz movimentos estranhos com as mãos, como se estivesse tentando pegar algo no ar.

Perguntada se ela acha que está doente ou se precisa de ajuda, Ana parece não compreender a pergunta inicialmente. Depois de repetida, ela diz: “Doente? Não... bem, as formigas... mas todo mundo tem formigas, não tem? Não? Então... talvez... não sei”.

Os pais relatam que Ana era uma estudante brilhante até seis meses atrás, quando começou a “mudar completamente” - isolou-se, parou de ir às aulas, começou a fazer comentários estranhos sobre ser vigiada e sobre “coisas caminhando dentro dela”.

Roberto, 55 anos

Roberto é trazido ao consultório pela filha, que aguarda na recepção. Ele entra na sala caminhando lentamente, levemente curvado. Veste-se adequadamente - calça social, camisa, sapatos limpos - mas parece ter dificuldade de coordenar os movimentos. Ao sentar, precisa se apoiar nos braços da cadeira.

O entrevistador nota que Roberto tem um leve tremor nas mãos, principalmente quando em repouso. Sua face tem uma expressão fixa, com poucos movimentos da mímica facial, dando-lhe uma aparência de “máscara”.

“Bom dia, doutor”, ele diz, articulando as palavras com alguma dificuldade, como se sua língua estivesse “grossa”. Sua voz é mais baixa que o normal e tem uma qualidade monotônica.

Quando perguntado como está se sentindo, Roberto demora a responder, não por falta de cooperação, mas como se precisasse de mais tempo para processar a pergunta e formular a resposta. “Estou... bem... quer dizer... tenho tido alguns... problemas”.

Questionado sobre que tipo de problemas, Roberto explica lentamente: “Esqueço das coisas... outro dia não lembrei onde tinha deixado o carro no estacionamento do supermercado. Fiquei uma hora procurando”. Ele sorri levemente, mas a expressão parece forçada, não alcançando seus olhos.

Roberto sabe seu nome completo, idade, onde nasceu. Sobre a data, ele responde: “Hoje é... dia 15... não, 16... é junho, certo? Quarta-feira?” (É 17 de junho, quinta-feira). Ele sabe que está em um consultório médico na cidade onde mora.

Quando se pede que faça o teste de memória das três palavras (carro, livro, janela), Roberto repete corretamente. Após cinco minutos, lembra “carro” e “janela”, mas não “livro”. Quando dado um tempo adicional, ele eventualmente se lembra: “Ah sim... livro! Estava na ponta da língua”.

Pedimos que Roberto faça o desenho de um relógio marcando 3h15. Ele pega o papel e a caneta com alguma dificuldade devido ao tremor. Desenha um círculo razoavelmente redondo, mas tem dificuldade em posicionar os números. O número 12 está no lugar certo, mas os outros números ficam amontoados na metade direita do relógio. Os ponteiros indicam aproximadamente 3h15, mas não são muito precisos.

Roberto é solicitado a subtrair 7 de 100 repetidamente. Ele começa: “100 menos 7... 93... 93 menos 7...” pausa longa... “86... depois... 79... não, espera... 80? Não...” Ele parece frustrado. “Desculpe, doutor, minha cabeça não está boa hoje”.

Durante a conversa, Roberto repete algumas informações que já havia dado. Quando questionado sobre sua profissão, ele diz “sou engenheiro” e, minutos depois, quando o tópico não está mais sendo discutido, ele comenta: “Trabalhei como engenheiro por 30 anos, sabe?”

A filha, convidada a entrar por alguns minutos, relata que o pai tem se esquecido de compromissos, repete as mesmas perguntas várias vezes, e recentemente se perdeu voltando para casa de um lugar que conhece bem. “Ele também mudou de personalidade”, ela diz. “Papá sempre foi calmo, mas agora fica irritado por pequenas coisas. E às vezes diz coisas inappropriadas, sem filtro”.

Roberto admite que tem percebido “algumas dificuldades”, mas minimiza: “É a idade, doutor. Todo mundo esquece as coisas quando fica velho, não é?” Quando sugerido que uma avaliação mais detalhada seria útil, ele aceita, mas não parece particularmente preocupado: “Se a senhora acha necessário... minha filha está preocupada, então tudo bem”.

Ao final da consulta, quando se levanta para sair, Roberto caminha com passos curtos e arrastados. Antes de sair, ele se vira e pergunta: “Doutor, qual é mesmo seu nome? Desculpe, já me esqueci”.

Ranier, 20 anos

Baseado no caso Ranier descrito por Klaus Conrad no seu livro Esquizofrenia Incipiente (Conrad, 1963).

Ranier N, nascido em 1921. Deu entrada no hospital psiquiátrico no dia 29 de janeiro de 1941, com 20 anos de idade. Apresentava um grave delírio de referência. Acreditava que todos sabiam seus pensamentos, se mostrava bastante desconfiado e as vezes ficava agitado. Seu estado melhorou lentamente ao longo de 8 semanas de internação. Depois de melhorar contou como seu quadro se desenvolveu.

Começou a trabalhar como militar no exército alemão em 1940. Desejava seguir carreira de oficial, mas tinha receio de não conseguir. Logo começou a perceber que “havia algo estranho”,

mas não sabia o que. Aos poucos começou a notar “rumores” de que ele iria ser o chefe da companhia. Ouvia esses rumores sobre o próximo chefe e, embora seu nome não fosse dito, passou a saber que se referiam a ele. Passou a sentir uma certa inimizade entre os colegas, que atribuiu a uma inveja. Pouco a pouco passou a sentir que todos se voltavam contra ele.

Certo dia o capitão da companhia lhe disse “coloque-os em ordem, você é o responsável”. Ele percebeu que essa era uma alusão à sua ascensão profissional.

Passou a não mais conversar com ninguém, pois temia a inveja dos colegas. Passou a notar que os colegas o observavam de forma estranha. Certa noite ouviu uma conversa de que os colegas o levariam para o campo, o amarrariam numa árvore e o queimariam com um ferro em brasa. Por medo, decidiu passar a noite em claro para poder se defender caso isso viesse a acontecer. Nessa noite começou a ouvir os passos de pessoas se aproximando ao redor de sua barraca, mas sempre que se levantava tudo ficava em silêncio novamente. Às vezes acendia a luz de sua barraca, mas não via nada, concluía então que todos se escondiam. Passou a noite toda acordado e vigilante. De manhã sentia haver uma certa inimizade entre ele e os colegas. Quando seu melhor amigo perguntou “o que se passa”, notou que todos se viraram para ele, “para ver como iria reagir”.

Sentia que tudo era uma ameaça. Percebeu que todos estava contra ele. Quando foi tomar banho, o jarro de água tinha desaparecido, quando se dirigia a algum lugar, alguém obstruía seu caminho. Passou a notar que faziam gestos para ele, sentia que eram todos grosseiros com ele.

Percebeu que até seus melhores amigos passavam a se desviar dele aos poucos até o abandonarem totalmente e passou a se sentir completamente só.

Foi então levado até a enfermaria e, quando o tenente falava com ele, teve a sensação de que tramavam um plano para que ele deixasse de pensar em ser promovido. Queriam expô-lo ao ridículo em público. Foi então colocado em uma maca na enfermaria e teve de tomar um comprimido. Ele então pensou que essa medicação iria servir para provocar artificialmente um estado febril nele.

Médicos e enfermeiros vieram em seguida e o levaram para um carro. Ele então passou a acreditar que queriam dar a ele uma nova oportunidade. Percebeu que estava sendo colocado a prova para poder finalmente um oficial do exército. Quando lhe ofereceram um cigarro pensou que havia ali alguma substância para paralisar sua vontade ou para enganá-lo de alguma forma. Em certo momento o motor do carro começou a falhar e ele então percebeu que isso era um sinal de que havia uma trama contra ele. Em outro momento viu uma placa com a letra “N” e percebeu que esse era um sinal que significava “NÃO” e que queria dizer que ele não tinha mais esperanças. Ao passarem por uma cidade cunho nome significava “montanha acima” e uma lona verde e interpretou essas coisas como “sinais” de que havia novamente esperança.

Quando chegou no hospital, enquanto aguardava, pode ouvir a voz de seu comandante e de seu coronel e teve a certeza de que tramavam seu assassinato, que o degolariam como a um animal. Quando encontrou com o médico essa certeza se confirmou quando viu uma seringa no

bolso do paletó do médico. Quando foi colocado na cama da enfermaria teve a sensação de que estavam lendo seus pensamentos, que todos sabiam o que ele pensava.

Num momento em que estava sozinho, cortou os pulsos para se matar, pois “preferia morrer a viver aquele lento martírio”. Percebeu que, apesar de estar sozinho, as pessoas saberiam o que tinha feito por causa da transmissão de pensamento que estava sofrendo.

Alguns dias depois, relatou que se sentia confuso, com as lembranças de tudo que viveu nos últimos dias um pouco “esfumaçadas”. Continuava sentindo que todos conseguiam ler seus pensamentos, que vigiavam seus pensamentos. Sentia que, sempre que pensava em fugir do hospital tinha a sensação de que era observado com mais intensidade e de que o cercavam para impedir sua fuga. Ranier então tentava ficar pensando apenas em coisas inofensivas para não chamar atenção da equipe.

Sentia-se muito incomodado durante a noite, pois sentia que observavam constantemente seus pensamentos. Sabia que os outros pacientes dormiam muito durante o dia para poderem observar melhor seus pensamentos durante a noite. Notava também que quando pensava algumas coisas em particular as pessoas tossiam de forma intencional e que quando pensava em se barbear via que algum outro paciente passava a mão pela face e dizia pra ele que tinha feito a barba.

Certo dia, ainda internado, teve a pensamento de que isso tudo era uma prova para ver se ele tinha condições de ser um oficial. Entendeu então que queriam educa-lo a “fazer dele um homem”.

Percebeu que sempre exigiam dele uma decisão. Certa vez viu um queijo sobre a mesa e notou que havia gotas de líquido sobre o queijo. Com isso teve a certeza de que era um sinal de que ele devia se arriscar. Decidiu então que precisava lutar para mostrar que era não também fisicamente capacitado para ser oficial. Passou então a iniciar brigas com frequência em sua ala. Passou a temer que o mudassem para a ala de pacientes mais tranquilos, pois assim não perderia a oportunidade de mostrar suas capacidades. Pensava sempre “tem que voltar a lutar, tudo está em jogo, exigem isso de você”. Durante esse período não se sentia humilhado ou deprimido, mas pelo contrário, sentia-se orgulhoso por sentir que era tratado como um inimigo de respeito. Passou a acreditar que sua nação somente poderia durar eternamente se todos homens passassem a ser educados dessa mesma forma que acontecia aqui com ele. E sentia que, se perseverasse, iria conseguir se tornar oficial que desejava.

Depois de alguns dias, entretanto, sentiu que suas forças o deixavam. Não era mais capaz de resistir. Não conversava mais com ninguém. Já não tinha mais esperanças. Estava esperando a morte. Sentia-se acabado física e mentalmente. Sentia haver falhado em definitivamente. Não tinha mais esperanças de ser um dia oficial.

Antes de sua alta hospitalar o paciente relatava se sentir deprimido, com um sentimento de inferioridade, que não tinha mais valor, que era “como as outras pessoas”.

Três semanas depois o paciente escreveu uma carta para o médico contando não ter mais o sentimento de que estava sendo observado, que estava feliz por se ver livre desse sentimento. E agradeceu ao médico pela ajuda durante a internação apesar de nunca ter aceitado tal ajuda

Orientações para o Exercício

Para o caso escolhido, elabore:

1. **Exame do Estado Mental completo**, seguindo todos os 20 itens do roteiro
2. **Súmula do exame psíquico** (um parágrafo resumindo os principais achados)
3. **Hipóteses diagnósticas** (baseando-se apenas no EEM, liste 2-3 possibilidades diagnósticas que você consideraria)

Exemplo de estrutura para sua resposta:

CASO ESCOLHIDO: [Número e nome]

EXAME DO ESTADO MENTAL

1. Aspecto Geral e Apresentação
[Sua descrição]
 2. Nível de Consciência
[Sua descrição]
- [... continuar para todos os 20 itens]

SÚMULA DO EXAME PSÍQUICO
[Seu resumo técnico em um parágrafo]

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS PRINCIPAIS

1. [Hipótese 1]
2. [Hipótese 2]
3. [Hipótese 3]

CONRAD, Klaus. **La esquizofrenia incipiente: Intento de un análisis de la forma del delirio.** Madrid: Editorial Alhambra, 1963.