



Semiologia Psicopatológica

Saúde Mental e Psicopatologia I · Aula 2

Aprendendo a observar o comportamento humano

Prof. Dr. Eduardo Antonio Tedeschi MD, MSc, PhD

Médico Psiquiatra / Doutor em Psiquiatria e Ciências do Comportamento

O que vimos na última aula?

Psicopatologia

Ciência que estuda os fenômenos psíquicos alterados em sua forma, intensidade e significado.

Normalidade e Patologia

Conceitos relativos, culturais, históricos e estatísticos — não há fronteira rígida.

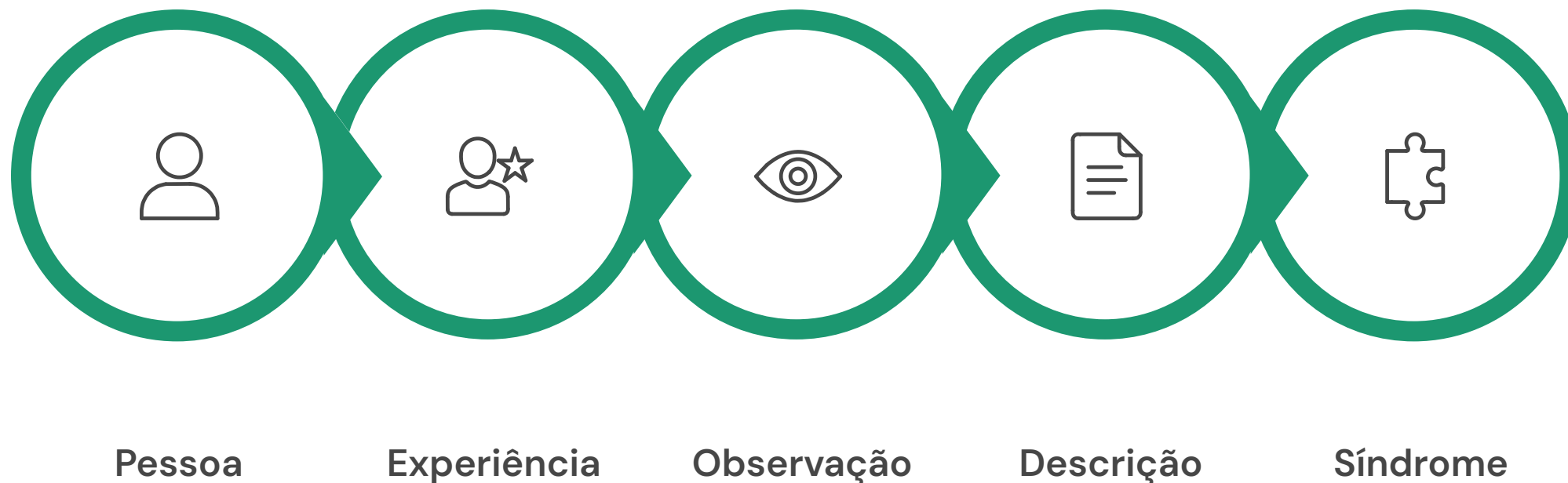
Observação Clínica

O olhar treinado do clínico é a principal ferramenta de trabalho em Psicopatologia.



A Psicopatologia não rotula: ela **descreve, compreende e interpreta** a experiência humana.

Do fenômeno ao diagnóstico



O diagnóstico é sempre o **último passo**, resultado de um processo rigoroso de observação e descrição — nunca o ponto de partida.

"O diagnóstico nunca é o primeiro passo."

— Princípio fundamental da clínica psicopatológica

CONCEITO CENTRAL

O que é Semiologia?

A palavra **Semiologia** vem do grego: *semeion* (sinal, signo) + *logos* (estudo, discurso). É, portanto, a **ciência dos sinais** — o estudo sistemático dos elementos que indicam alterações em um organismo ou em uma experiência.

Na medicina em geral, a Semiologia investiga sinais e sintomas físicos. Na Psicopatologia, ela se volta para os **fenômenos da vida psíquica**: percepções, pensamentos, emoções, comportamentos e a experiência subjetiva do paciente.



Semiologia Médica vs. Semiologia Psicopatológica

Semiologia Médica

- Foco em sinais físicos e objetivos
- Exames laboratoriais e de imagem
- Sinais mensuráveis e verificáveis
- Ex.: temperatura, frequência cardíaca

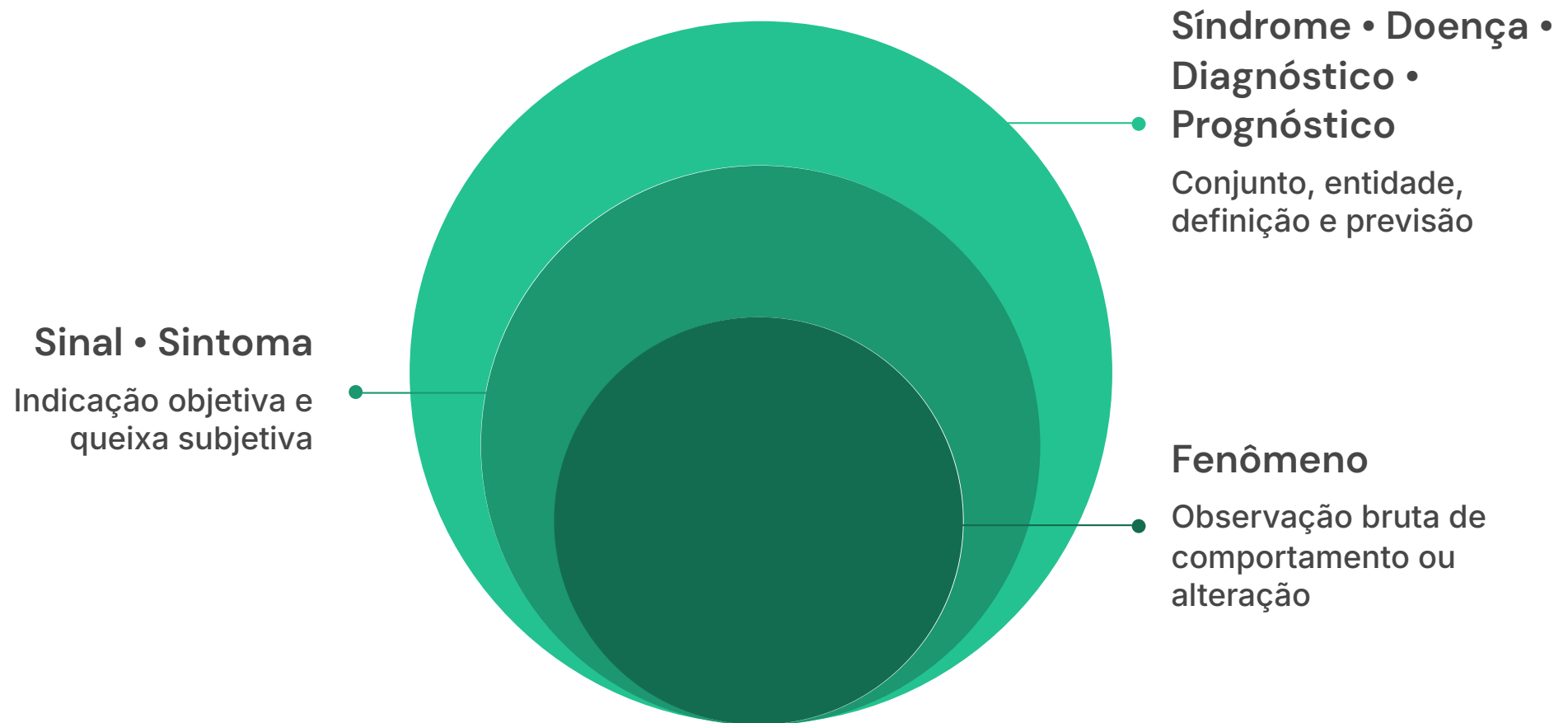
Semiologia Psicopatológica

- Foco na experiência subjetiva e no comportamento
- Entrevista clínica como instrumento central
- Fenômenos que exigem **interpretação e empatia**
- Ex.: alucinações, humor deprimido, pensamento acelerado

Fonte: Dalgarrondo, 2008; Jaspers, 1913

Conceitos Fundamentais da Semiologia

Antes de observar, é preciso ter uma linguagem. Estes são os conceitos que estruturam toda a clínica psicopatológica — da observação ao prognóstico.



Fenômeno, Sinal e Sintoma

Fenômeno

Tudo aquilo que se manifesta à consciência — seja do clínico ou do próprio paciente. É a unidade mínima da experiência observável. (*Jaspers, 1913*)

Sinal

Alteração **objetiva**, observada pelo clínico durante o exame. Independe do relato do paciente. Ex.: agitação psicomotora, fâcies inexpressiva, discurso acelerado.

Sintoma

Alteração **subjativa**, relatada pelo próprio paciente. Ex.: "sinto que meu pensamento não para", "ouço vozes que me ameaçam", "estou sem energia há semanas".

Síndrome, Doença e Diagnóstico

Síndrome

Conjunto de sinais e sintomas que tendem a ocorrer juntos, com base fisiopatológica ou clínica comum. Ex.: síndrome depressiva, síndrome maníaca.

Doença

Entidade clínica com causa, curso, prognóstico e resposta terapêutica relativamente definidos. A síndrome é parte da doença. Ex.: Transtorno Depressivo Maior.

Diagnóstico

Conclusão clínica baseada na integração de sinais, sintomas, história e contexto. Sempre provisório e revisável. Referências: DSM-5-TR, CID-11.

Prognóstico

O que é?

Estimativa da evolução e desfecho esperado de um transtorno, considerando fatores biológicos, psicológicos e sociais.

Fatores que influenciam o prognóstico

- Gravidade e duração dos sintomas
- Histórico familiar e vulnerabilidade biológica
- Rede de apoio social e familiar
- Acesso e adesão ao tratamento
- Diagnóstico precoce e preciso

📌 O prognóstico não é um destino fixo — é uma estimativa que **orienta o cuidado** e pode mudar com intervenção adequada.

MÉTODO CLÍNICO

O Método Clínico em Psicopatologia

A clínica psicopatológica não é intuição — é método. Cada etapa exige postura ativa, escuta treinada e rigor descritivo. Inspirado na tradição fenomenológica de **Karl Jaspers**, o método clínico segue uma sequência lógica e sistemática.



As Etapas do Método Clínico



Observar

Atenção sistemática ao comportamento, aparência, postura e expressões do paciente.



Ouvir

Escuta ativa do relato subjetivo — o que o paciente diz e *como* diz.



Descrever

Registrar os fenômenos com linguagem técnica, objetiva e neutra, sem interpretações prematuras.



Compreender

Buscar sentido nos fenômenos a partir da história de vida, contexto e vivência do paciente.



Interpretar

Integrar os dados em hipóteses diagnósticas, considerando síndromes, categorias e quadro geral.

NOVO MÓDULO

As Funções Psíquicas

A Psicopatologia organiza a vida mental em **funções psíquicas** — domínios distintos que podem ser avaliados sistematicamente. Cada função pode apresentar alterações quantitativas (mais/menos) ou qualitativas (diferentes em natureza). Nas próximas aulas, estudaremos cada uma em profundidade.

 Esta aula apresenta uma **visão panorâmica**. O aprofundamento de cada função ocorrerá progressivamente ao longo da formação.

CÉREBRO HUMANO E FUNÇÕES PSIQUÍCAS

As funções mentais emergem da integração dinâmica entre redes neurais distribuídas.



1 CONSCIÊNCIA

- Tronco encefálico
- Tálamo
- Córtex frontoparietal

Mantém o estado de vigília, o despertar e a clareza da experiência.



2 ATENÇÃO

- Rede frontoparietal dorsal
- Rede frontoparietal ventral

Seleciona e sustenta o foco em estímulos relevantes e inibe distrações.



3 ORIENTAÇÃO

- Hipocampo
- Córtex parietal
- Córtex frontal

Permite reconhecer o tempo, o espaço, as pessoas e a situação atual.



4 MEMÓRIA

- Hipocampo
- Córtex temporal medial
- Córtex pré-frontal

Codifica, armazena e recupera informações e experiências.



5 SENSORPERCEÇÃO

- Tálamo
- Córtices sensoriais primários
- Áreas associativas

Processa os estímulos dos sentidos e dá significado às percepções.

LEGENDA



As funções psíquicas não estão localizadas em um único ponto, mas emergem da comunicação entre múltiplas regiões cerebrais.



6 PENSAMENTO

- Córtex pré-frontal dorsolateral
- Redes de associação
- Córtex parietal

Responsável pelo raciocínio, planejamento, resolução de problemas e tomada de decisões.



7 LINGUAGEM

- Área de Broca
- Área de Wernicke
- Fascículo arqueado
- Regiões temporoparietais

Compreende, formula e produz a linguagem oral e escrita.



8 HUMOR E AFETO

- Amígdala
- Córtex orbitofrontal
- Córtex cingulado anterior
- Ínsula
- Sistema límbico

Regula as emoções, sentimentos e respostas afetivas.



9 PSICOMOTRICIDADE

- Córtex motor
- Cerebelo
- Gânglios da base

Coordena e executa os movimentos voluntários e a atividade motora.



10 VONTADE

- Córtex pré-frontal medial
- Córtex cingulado anterior
- Circuito frontoestriatal

Envolve motivação, iniciativa, persistência e direcionamento de objetivos.

11 INSIGHT E JUÍZO CRÍTICO

- Córtex pré-frontal dorsolateral
- Córtex orbitofrontal
- Córtex cingulado anterior

Permitem avaliar a si mesmo, antecipar consequências e tomar decisões adequadas.



O cérebro funciona como uma rede integrada. Alterações em uma ou mais conexões podem afetar o funcionamento mental e o comportamento.

Sistema Medial

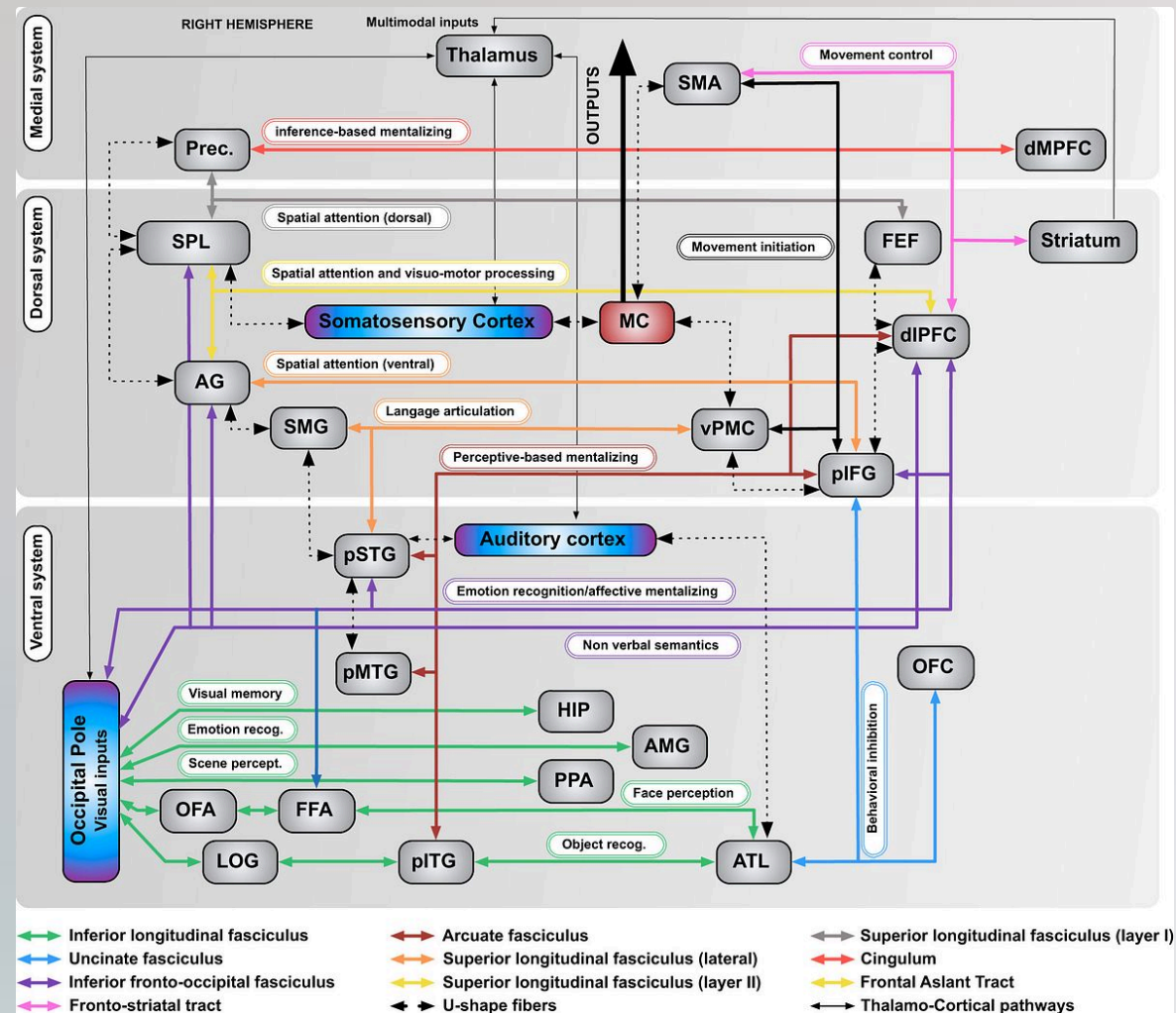
- Consciência
- Autorreferência
- Teoria da mente
- Planejamento
- Controle voluntário

Sistema Dorsal

- Atenção espacial
- Memória operacional
- Planejamento
- Controle executivo
- Integração sensório-motora

Sistema Ventral

- Percepção
- Reconhecimento de faces
- Memória episódica
- Emoção
- Significado dos estímulos





 YouTube



1959 Entrevistas psiquiátricas reais co...

Funções da Consciência, Atenção e Orientação

1

Consciência

Estado de vigília e clareza do campo mental. Pode estar reduzida (torpor, obnubilação) ou alterada qualitativamente (estados dissociativos).

2

Atenção

Capacidade de focar e manter o foco em estímulos. Pode apresentar hipotenacidade, distraibilidade ou hipervigilância.

3

Orientação

Reconhecimento de si mesmo, do tempo (data, hora, período) e do espaço (local, ambiente). Alterada nas demências e estados confusionais.

Memória, Sensopercepção e Pensamento

Memória

Registro, retenção e evocação de informações. Amnésias, hipermnésias e falsas memórias são alterações relevantes na clínica.

Sensopercepção

Como o indivíduo recebe e processa estímulos sensoriais. Inclui ilusões e alucinações — percepções sem objeto externo.

Pensamento

Avalia-se o *curso* (velocidade, fluidez), a *forma* (associações, coerência) e o *conteúdo* (ideias, crenças, delírios).

Linguagem, Humor, Afeto e Vontade

Linguagem

Expressão verbal e não-verbal do pensamento. Alterações incluem mutismo, logopatias, afasias e pobreza de conteúdo.

Humor

Estado emocional basal e duradouro. Ex.: humor deprimido, eufórico, irritável, ansioso.

Afeto

Expressão emocional observável no momento. Pode ser embotado, incongruente, lábil ou restrito.

Vontade

Capacidade de iniciar, sustentar e dirigir ações intencionais. Abulia (ausência) e hipobulia (redução) são alterações comuns.

Psicomotricidade, Insight e Juízo Crítico

Psicomotricidade

Expressão motora do psiquismo. Inclui agitação, estupor, estereotipias, tiques e catatonia.

Insight

Capacidade de reconhecer que está doente ou que suas experiências são sintomáticas. Ausente em muitas psicoses graves.

Juízo Crítico

Capacidade de avaliar situações de forma realista e tomar decisões adequadas. Comprometido em demências, psicoses e quadros graves de humor.

 Estas funções serão o objeto das próximas aulas. Por ora, **familiarize-se com os nomes e os conceitos básicos.**



OFICINA CLÍNICA

Como descrever um comportamento?

Um dos maiores desafios da clínica psicopatológica é **distinguir o que se observa do que se interpreta**. Observar é registrar fenômenos — interpretar é atribuir significado. Treinamos aqui o olhar descritivo antes do olhar diagnóstico.

"Descrever bem é o primeiro ato clínico." — Inspirado em Berrios, 1996

Observar vs. Interpretar: Imagem 1



Descrição Objetiva ✓

O que você observa?

Observar vs. Interpretar: Imagem 1



Descrição Objetiva ✓

"Paciente apresenta postura em flexão, hipomimia, contato visual ausente e isolamento motor."

Inferência Precipitada ☐

"Paciente está triste e deprimida."

Atenção: A tristeza é uma inferência — a postura curvada é um dado observável. A clínica trabalha com dados, não com suposições.

O que você observa?

- Postura curvada, cabeça baixa
- Ausência de contato visual
- Expressão facial inexpressiva
- Isolamento do ambiente

Observar vs. Interpretar: Imagem 2



Descrição Objetiva ✓

Inferência Precipitada ☐

O que você observa?

Observar vs. Interpretar: Imagem 2



Descrição Objetiva ✓

"Paciente apresenta taquifemia, agitação psicomotora leve, expressão exaltada e hipercontato."

Inferência Precipitada ☐

"Paciente está maníaco e feliz demais."

Lembre-se: A agitação pode ter múltiplas origens — ansiedade, mania, uso de substâncias, transtorno de personalidade. Descreva antes de concluir.

O que você observa?

- Fala rápida, com gesticulação intensa
- Expressão facial exaltada
- Movimentação frequente
- Contato visual excessivo

Observar vs. Interpretar: Imagem 3

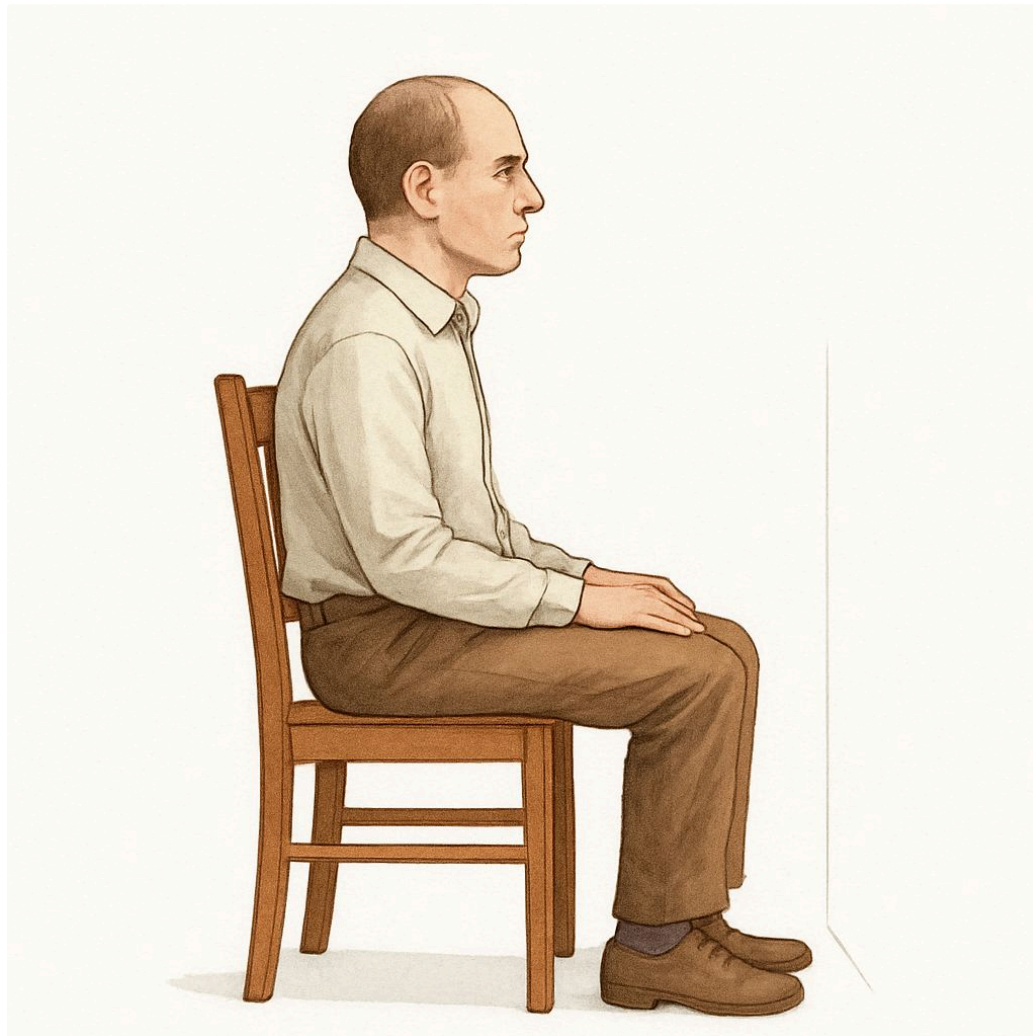


O que você observa?

Descrição Objetiva ✓

Inferência Precipitada ☐

Observar vs. Interpretar: Imagem 3



Descrição Objetiva ✓

"Paciente em mutismo, com postura rígida, olhar fixo, sem resposta motora ou verbal a estímulos externos."

Inferência Precipitada ☐

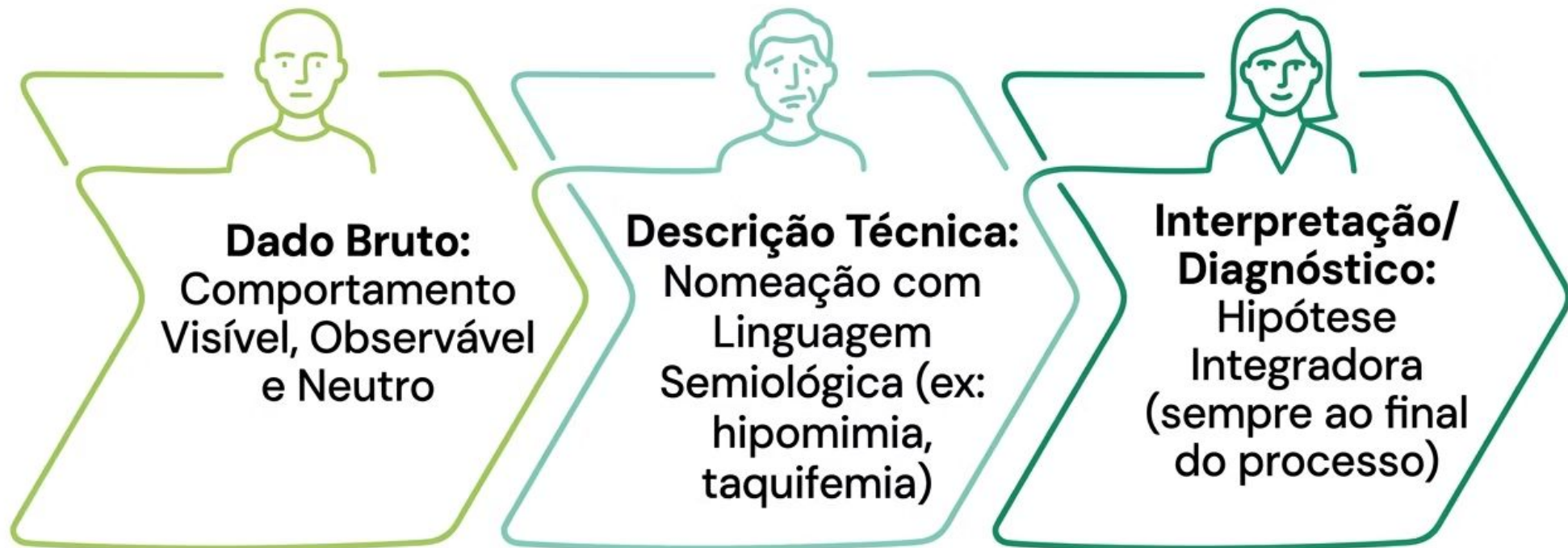
"Paciente está em coma ou sendo grosseiro."

O quadro descrito pode ser compatível com estupor catatônico, dissociação ou outras condições. A descrição objetiva direciona — sem fechar prematuramente.

O que você observa?

- Postura rígida, sem movimentos espontâneos
- Olhar fixo, sem piscar
- Sem resposta a estímulos do ambiente
- Silêncio absoluto

A Régua da Observação Clínica



O clínico habilitado transita conscientemente entre esses níveis — e sabe **exatamente em qual deles está operando** em cada momento da avaliação.

EXERCÍCIO CLÍNICO

Vinhetas Clínicas: Exercício de Semiologia

Para cada vinheta a seguir, identifique: **sinais** (observados pelo clínico), **sintomas** (relatados pelo paciente) e as **funções psíquicas aparentemente alteradas**. *Não há diagnóstico a ser feito neste exercício.*



Trabalhe em duplas ou pequenos grupos. Registre suas observações antes de comparar com os colegas.

Vinheta 1 — Maria, 34 anos

"Há três semanas, Maria acorda às 4h da manhã sem conseguir dormir novamente. Relata sentir um 'peso no peito' e que 'nada tem sentido'. Na entrevista, fala em voz baixa, com longas pausas. Apresenta fácies triste, choro fácil e afirma que 'seria melhor não estar aqui'."

Identifique:

- Quais são os **sinais** observáveis?
- Quais são os **sintomas** relatados?
- Quais **funções psíquicas** parecem alteradas?

Pistas para reflexão:

- Como está o curso do pensamento?
- O que a fala lenta e pausada sugere?
- O que significa "seria melhor não estar aqui"?
- Qual função psíquica a insônia envolve?

Vinheta 2 — João, 22 anos

"João foi trazido pela família após ficar três dias sem dormir. Está eufórico, fala sem parar, interrompendo os outros. Afirma que 'descobriu a cura para todas as doenças' e que 'Deus lhe deu uma missão'. Faz planos grandiosos e gastou todas as economias da família em dois dias."

Identifique:

- Quais são os **sinais** observáveis?
- Quais são os **sintomas** relatados?
- Quais **funções psíquicas** parecem alteradas?

Pistas para reflexão:

- Como está o curso e o conteúdo do pensamento?
- A crença sobre "a missão" é um sinal ou sintoma?
- O que a insônia sem cansaço pode indicar?
- Como está o juízo crítico de João?

Vinheta 3 — Sra. Antônia, 68 anos

"A filha relata que a mãe tem 'esquecido tudo' há cerca de seis meses. Antônia não sabe o dia da semana, confunde os netos pelos nomes e recentemente se perdeu a duas quadras de casa. Na entrevista, sorri e responde 'tudo bem' para todas as perguntas, sem conseguir dizer o mês atual."

Identifique:

- Quais são os **sinais** observáveis?
- Quais são os **sintomas**?
- Quais **funções psíquicas** parecem alteradas?

Pistas para reflexão:

- Quais domínios da orientação estão comprometidos?
- O "tudo bem" de Antônia indica ausência de sofrimento?
- O que o sorriso inapropriado pode sugerir?
- Como está o insight da paciente?

Vinheta 4 — Pedro, 19 anos

"Pedro chegou sozinho ao atendimento. Fala de forma estranha, com frases que parecem não se conectar. Relata que 'as pessoas na rua enviam mensagens codificadas para ele através das placas de trânsito'. Está desconfiado e olha repetidamente para a porta. Afirma que não dorme bem há semanas 'para não ser controlado durante o sono'."

Identifique:

- Quais são os **sinais** observáveis?
- Quais são os **sintomas** relatados?
- Quais **funções psíquicas** parecem alteradas?

Pistas para reflexão:

- O que são "mensagens codificadas nas placas"?
- Como está a forma do pensamento de Pedro?
- O que a desconfiança e a hipervigilância indicam?
- Como o clínico deve abordar esse conteúdo?



ERROS CLÍNICOS

Erros Comuns na Observação Clínica

A observação clínica é uma habilidade treinada — e como toda habilidade, está sujeita a erros sistemáticos. Conhecê-los é o primeiro passo para evitá-los.

(Inspirado em Oyebode, 2015; Dalgalarondo, 2008)

Rotulação Precoce e Confusão Comportamento-Diagnóstico

Rotulação Precoce

Atribuir um diagnóstico antes de completar a avaliação. O risco: o clínico passa a *confirmar* o diagnóstico em vez de *investigar* os fenômenos.

Exemplo: Ver um paciente agitado e imediatamente pensar "mania" — sem investigar uso de substâncias, ansiedade ou privação de sono.

Comportamento ≠ Diagnóstico

Um comportamento pode ter múltiplas origens. Choro não é diagnóstico de depressão. Fala acelerada não é diagnóstico de mania.

Exemplo: "Ele chora muito, então é depressão." → O choro pode ser luto, trauma, exaustão ou reação situacional.

Viés Cultural e Viés de Confirmação

Ignorar o Contexto Cultural

Comportamentos, crenças e expressões emocionais variam profundamente entre culturas, religiões e grupos sociais. O que parece "patológico" em um contexto pode ser normativo em outro.

Exemplo: Relatar comunicação com ancestrais pode ser parte de práticas religiosas legítimas — não necessariamente um sintoma psicótico.

Viés de Confirmação

Tendência de buscar e valorizar apenas as informações que confirmam a hipótese inicial, ignorando dados contraditórios.

Exemplo: O clínico que já "decidiu" que o paciente é manipulador interpreta choro como encenação, e calma como dissimulação — qualquer comportamento "confirma" sua hipótese prévia.

Excesso de Confiança e Como Evitar os Erros

Excesso de Confiança

Clínicos experientes podem se tornar mais vulneráveis a este erro. A sensação de "já vi isso antes" pode impedir a escuta genuína do caso atual.

"Cada paciente é um primeiro paciente."

Como Minimizar os Erros?

- Manter postura de **curiosidade e abertura**
- Descrever antes de interpretar — sempre
- Buscar **supervisão e discussão de casos**
- Questionar ativamente a própria hipótese
- Considerar múltiplas hipóteses diagnósticas
- Valorizar o contexto cultural e histórico do paciente

LINGUAGEM TÉCNICA

A Importância da Linguagem Técnica

A linguagem que usamos para descrever um paciente **não é neutra**. Ela molda como o caso é compreendido, comunicado e tratado. A linguagem técnica precisa não é fria — ela é **precisa, respeitosa e clinicamente útil**.



Linguagem Imprecisa vs. Linguagem Técnica

✗ Linguagem Imprecisa	✓ Linguagem Técnica
"Paciente muito estranho"	"Paciente apresenta discurso tangencial, contato visual reduzido e hipomímia"
"Está completamente louco"	"Paciente em estado confusional agudo com alucinações visuais e agitação psicomotora"
"Parece que está com preguiça"	"Paciente apresenta abulia, hipersonia e retardo psicomotor"
"Falou sem parar, inventando histórias"	"Taquifemia com fuga de ideias e possível confabulação"
"Não quer melhorar, é resistente"	"Paciente com insight prejudicado e baixa adesão ao tratamento"

Por que a Linguagem Técnica Importa?



Comunicação entre Profissionais

Permite que equipes multidisciplinares entendam o caso com precisão, independentemente do contexto ou serviço.



Proteção ao Paciente

Evita estigma, julgamentos morais e interpretações equivocadas que podem prejudicar o cuidado e os direitos do paciente.



Precisão Clínica

Descrições técnicas permitem comparações entre avaliações ao longo do tempo, fundamentando o acompanhamento evolutivo.



Rigor Científico

A linguagem semiológica é a base para a pesquisa, o ensino e o desenvolvimento do conhecimento psicopatológico.

Três Perguntas para Fixar o Conteúdo

1

Qual a diferença entre sinal e sintoma?

Como você aplicaria essa distinção na observação de um paciente que entra em silêncio na sala, sem fazer contato visual?

2

Por que o diagnóstico é o último passo?

O que pode acontecer clinicamente quando um profissional diagnostica antes de descrever adequadamente os fenômenos presentes?

3

O que torna uma descrição "objetiva"?

Descreva, com linguagem técnica, o comportamento de alguém que você observou hoje — sem usar adjetivos valorativos.