

Exame do Estado Mental

Entrevistas Iniciais em Saúde Mental

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

Médico Psiquiatra / Doutor em Psiquiatria e Ciências do Comportamento



A Arte da Entrevista Clínica

"O entrevistador que tem como objetivo apenas a obtenção de um diagnóstico faz o paciente sentir-se como um modelo de patologia sendo examinado."

— Mackinnon e Michels (1971)

"Uma entrevista clínica é pouco mais que ajudar as pessoas a falar sobre si próprias."

— James Morrison (2010)



Finalidade da Avaliação Inicial



Diagnóstico ou Tratamento?

A entrevista inicial é, em si mesma, **terapêutica**. Entender o sofrimento, validar a dor e ter interesse genuíno em ajudar é o que torna um bom entrevistador.

- ❏ A entrevista inicial vai além do diagnóstico — ela já é parte do cuidado.

Características de uma Boa Entrevista

1

Respeitar o tempo

Permitir que o paciente se expresse no seu próprio ritmo.

2

Escuta empática

Ouvir com genuíno interesse e sem julgamentos.

3

Evitar induções

Não induzir respostas nem emitir julgamentos.

4

Contexto biopsicossocial

Atentar ao ambiente biológico, ambiental e social do paciente.

Conteúdo da Entrevista

Verbal

O que é expressamente dito pelo paciente durante a entrevista.

Não Verbal

O que é observado pelo entrevistador: postura, gestos, expressões.

Síntese da Entrevista Inicial

- Queixa principal e histórico da doença atual
- Estressores, início, sintomas e episódios anteriores
- Tratamentos, hospitalizações e consequências
- Histórico pessoal, social e familiar
- Uso de substâncias e traços de personalidade

Estrutura do Exame do Estado Mental



Funções Cognitivas

Consciência, atenção, orientação, memória e inteligência.



Afeto e Humor

Qualidade emocional, modulação e congruência afetiva.



Pensamento e Linguagem

Forma, conteúdo, juízo crítico, conduta e linguagem verbal.



Sensopercepção

Ilusões, alucinações e alterações quantitativas e qualitativas.

Aspecto Geral



O que observar no Aspecto Geral?

- **Roupas:** arrumadas, limpas, estilo/moda?
- **Comportamento:** nível de atividade, tremores, maneirismos
- **Contato visual** e sorrisos
- **Humor:** tipo, labilidade e adequação
- **Fala:** velocidade, ritmo, sotaque

Consciência

Neuropsicológica

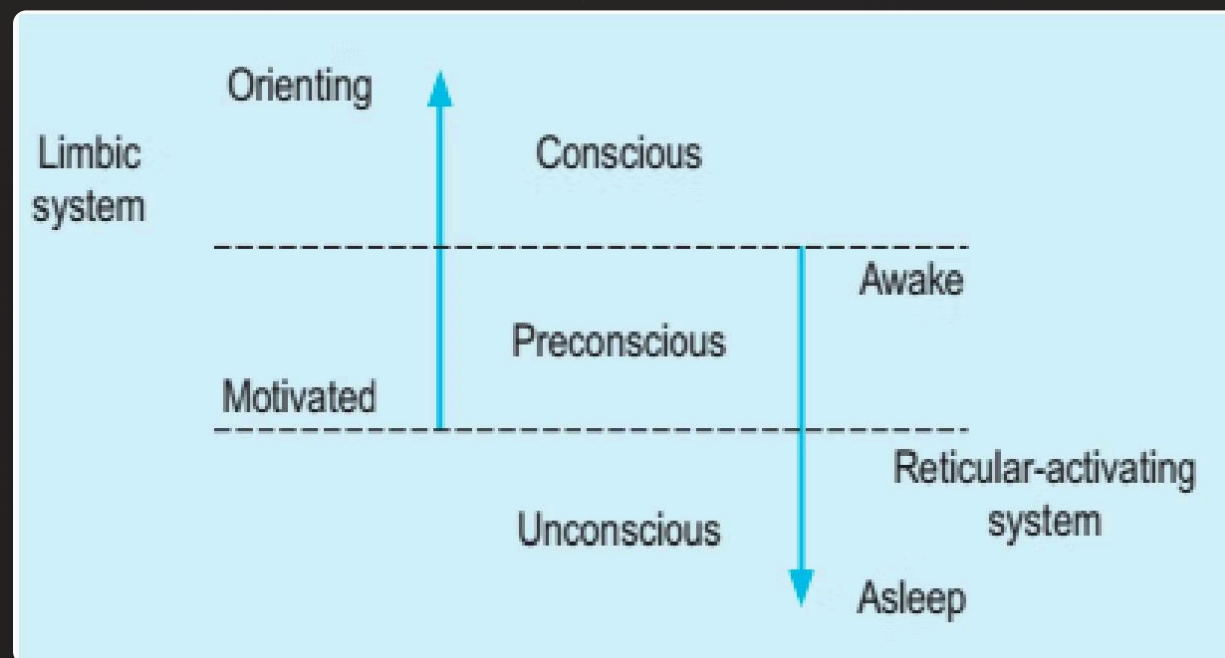
Estar em vigília – o estado de alerta e despertar.

Psicológica

Conhecer a si mesmo e ao outro.

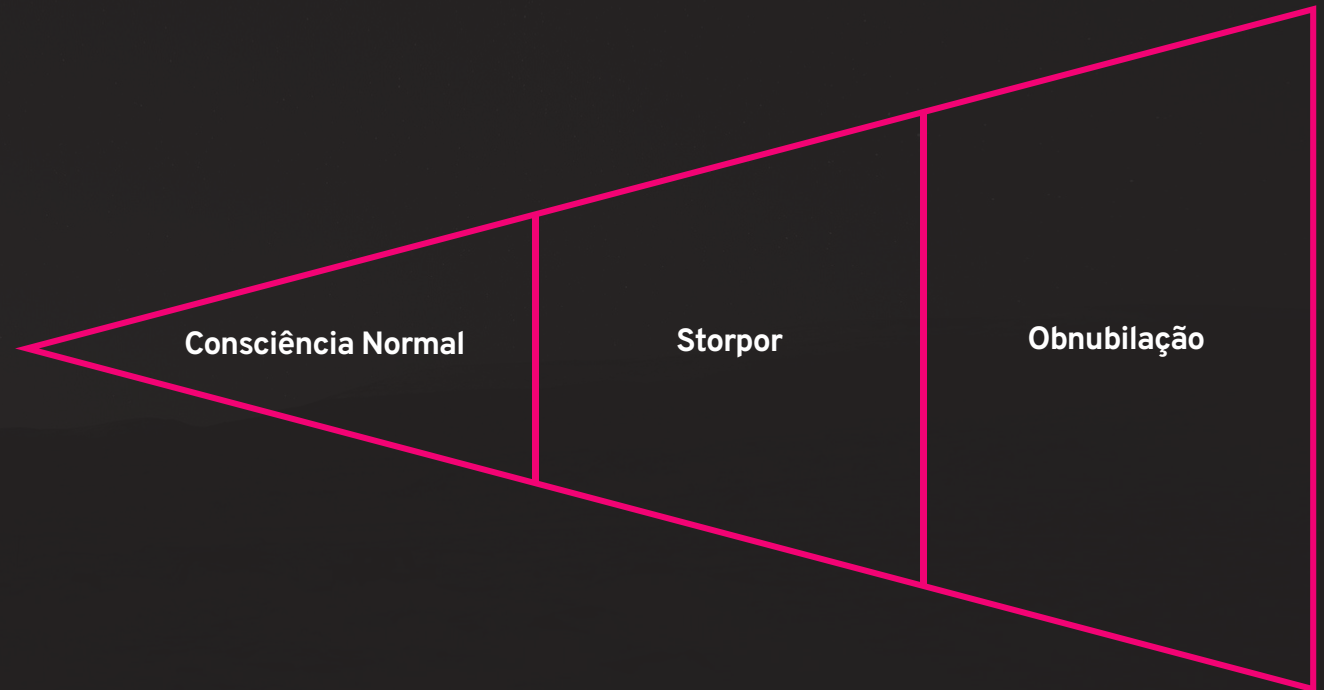
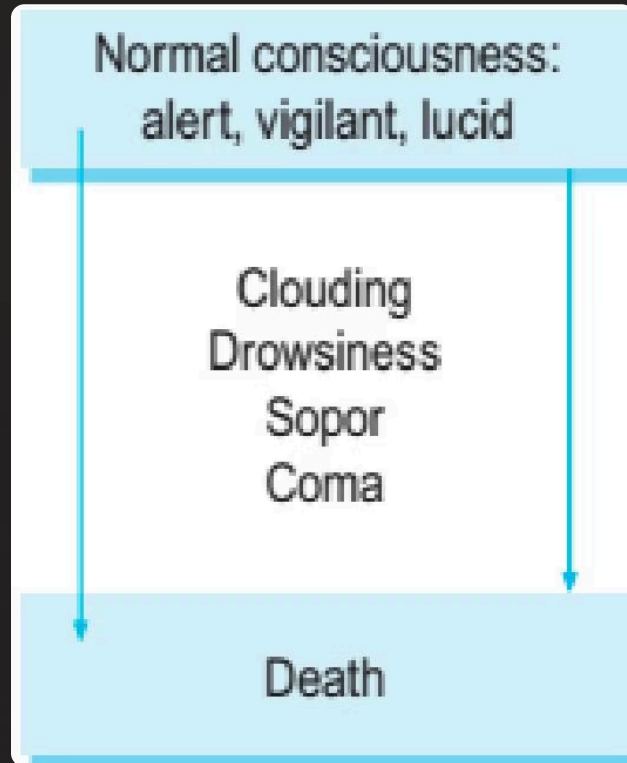
Ético-Filosófica

Consciência moral e ética.



Alterações Patológicas da Consciência

Progressão do Rebaixamento



Fonte: Sim's Symptoms in the Mind – 5ª edição



Delirium

Estado Confusional Agudo

Início agudo com curso flutuante ao longo do dia.

Domínios Afetados

Consciência, atenção, orientação, memória, pensamento, percepção e comportamento.

Atenção

"A direção da consciência – o estado de concentração da atividade mental sobre determinado objeto." – Cuvillier (1937)

Atenção Voluntária

Concentração ativa e intencional da consciência sobre um objeto.

Atenção Espontânea

Suscitada pelo interesse momentâneo e incidental de um objeto.

Tenacidade

Capacidade de fixar a atenção sobre determinada área ou objeto.

Vigilância

Qualidade que permite mudar o foco de um objeto para outro.

Orientação

O que é Orientação?

Requer a integração consistente de **atenção, percepção e memória**.

Tipos

- **Autopsíquica:** orientação quanto a si mesmo
- **Alopsíquica:** orientação quanto a tempo e espaço

Causas de Desorientação

- Alterações de consciência
- Alterações de memória
- Déficits cognitivos graves
- Transtornos mentais graves

Sensopercepção

Alterações Quantitativas

- Hiperestesia
- Hipoestesia
- Parestesias
- Anestésias

Alterações Qualitativas

Ilusão

Um objeto real é percebido de forma deformada por fatores patológicos.

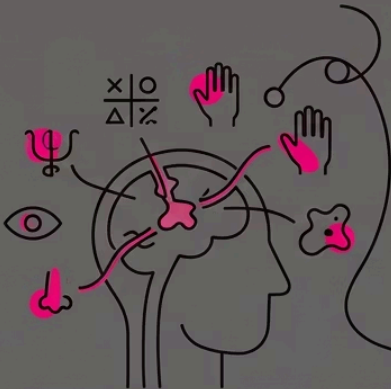
Alucinação

Percepção clara de um objeto (voz, imagem) **sem** estímulo real presente.

Tipos de Alucinações

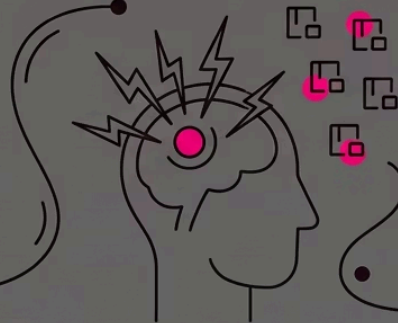
DESAFERENCIAÇÃO / LIBERAÇÃO NEURONAL

- - Lesões com déficit sensorial
- - Conteúdo variável
- - Longa duração
- - Paciente tem crítica



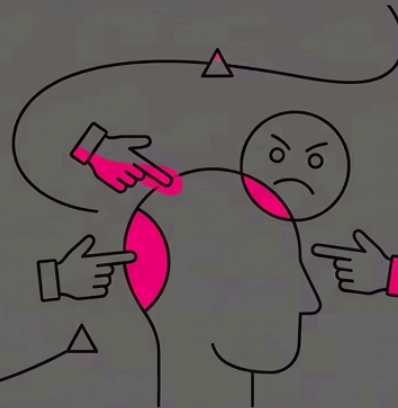
ICTAIS POR IRRITAÇÃO NEURONAL

- - Epilepsia
- - Conteúdo estereotipado
- - Breve duração
- - Sem crítica pós-ictal



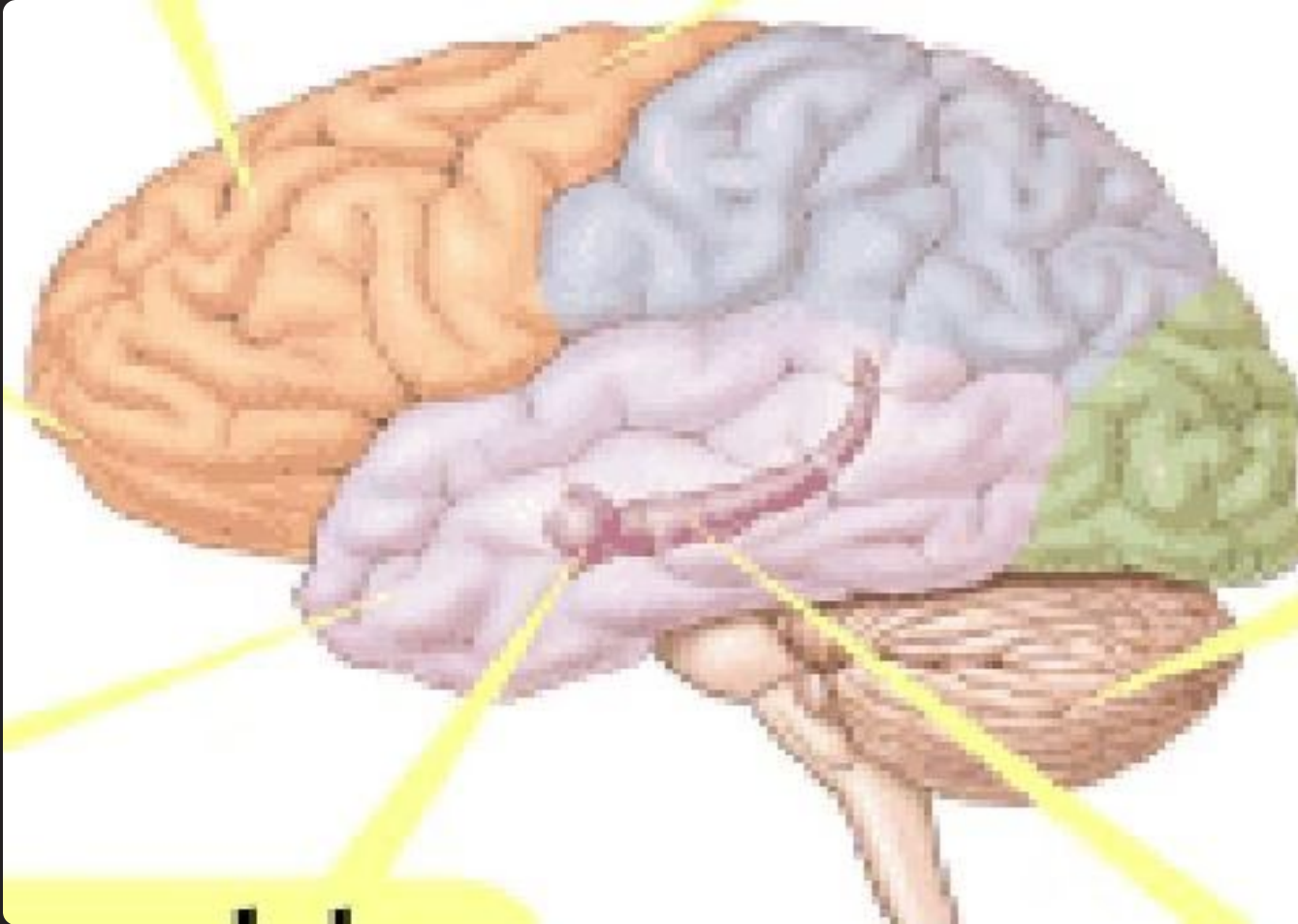
PSICOSES COMO ESQUIZOFRENIA

- - Conteúdo persecutório ou depreciativo
- - Longa duração
- - Paciente sem crítica



As alucinações diferem em origem, duração, conteúdo e nível de crítica do paciente – elementos essenciais para o diagnóstico diferencial.

Memória: Bases Neuroanatômicas



Regiões e Funções

- **Lobo frontal:** memórias semânticas e episódicas
- **Córtex pré-frontal:** memória de curto prazo
- **Lobo temporal:** formação e armazenamento de longo prazo
- **Hipocampo:** formação de novas memórias episódicas e semânticas
- **Amígdala:** formação de memórias emocionais
- **Cerebelo:** memórias procedurais

Tipos de Memória



Memória Declarativa

Episódica (eventos pessoais) e semântica (fatos gerais). Mediada pelo hipocampo.



Memória Não Declarativa

Procedural (habilidades motoras) e condicionamento clássico. Mediada pelo cerebelo e amígdala.



Priming

Facilitação implícita por exposição prévia. Mediada pelo córtex cerebral.

Alterações de Memória

Amnésia Imediata

Comprometimento cerebral agudo; incapacidade de reter informações recentes.

Amnésia Anterógrada

Esquecimento de tudo após um evento importante (ex: trauma craniano, dissociação).

Amnésia Retrógrada

Esquecimento de situações anteriores ao trauma ou doença.

Amnésia Lacunar

Esquecimento de fatos entre duas datas; pode haver **confabulação**.

Amnésia Remota

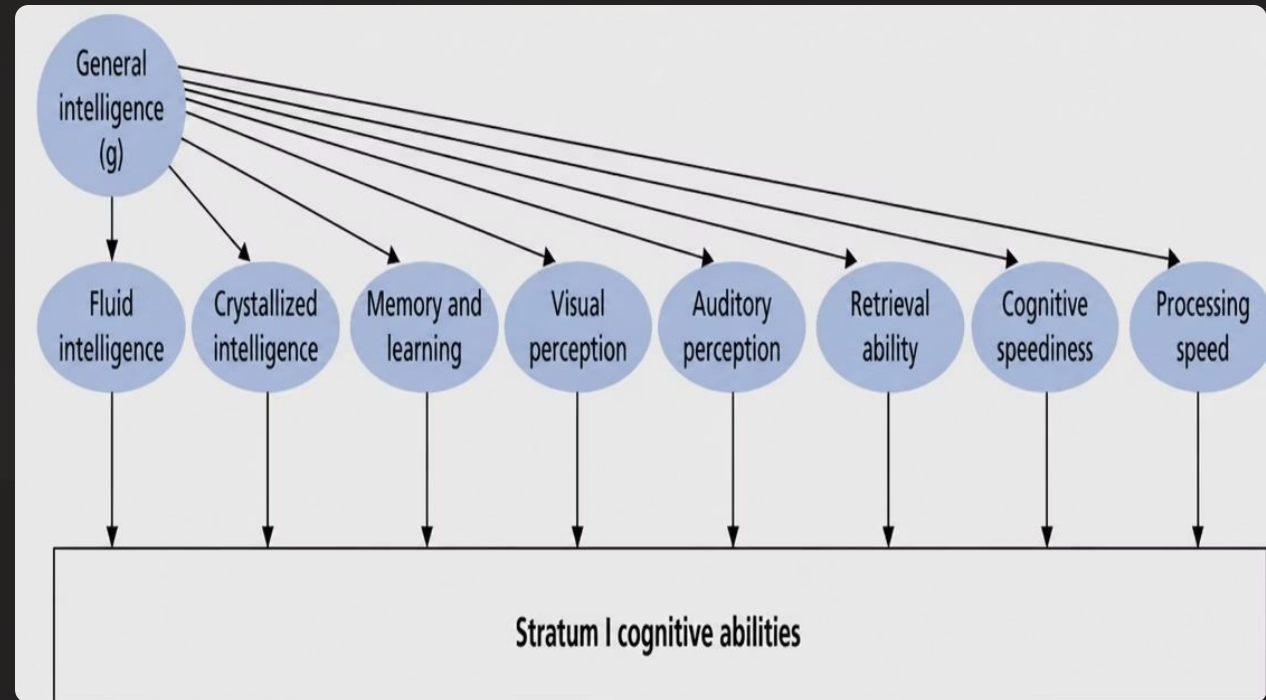
Esquecimento de fatos do passado distante; comum em demências.

Inteligência

"Os indivíduos diferem uns dos outros na sua capacidade de compreender ideias complexas, de se adaptarem eficazmente ao ambiente, de aprender com a experiência."

— American Psychological Association (APA)

- Faculdade de conhecer, compreender e aprender
- Capacidade de resolver novos problemas e adaptar-se a novas situações



Graus de Retardo Mental

Grau	QI	Idade Mental	Nível Escolar	%	Transtornos Assoc.
Limítrofe	70-84	—	Dificuldades no Ensino Médio	—	Comportamento escolar
RM Leve	50-69	9-12 anos	6 ^a -7 ^a série	85%	Conduta, autismo
RM Moderado	35-49	6-9 anos	2 ^a série	10%	Conduta, autismo
RM Grave	20-34	3-6 anos	Não frequente	3-4%	Déficits motores, epilepsia
RM Profundo	<20	<3 anos	Não frequente	1-2%	Déficits motores, epilepsia



Afetividade e Humor

Humor

Estado emocional **basal e difuso** em que se encontra a pessoa em determinado momento.

- Triste
- Ansioso
- Alegre (hipertímico)
- Irritado

Afeto

Qualidade e tônus emocional que acompanha uma ideia ou representação mental.

- Modulado / Hipomodulado / Plano
- Congruente / Incongruente com o humor
- Lábil / Equilibrado
- Distanciamento afetivo

Avaliando o Humor na Entrevista

Humor Ansioso

Nervosismo, agonia, inquietação, tensão, insônia, taquicardia, falta de ar.

Humor Irritado

Irritabilidade fácil, intolerância a ruídos, brigas frequentes, sensação de explosão.

Humor Triste/Apático

Tristeza, anedonia, cansaço, isolamento, desesperança, vazio interior.

Humor Hipertímico

Alegria excessiva, grandiosidade, aceleração, sensação de poder e influência.

Verificar frequência, intensidade, período do dia, tempo de duração e fatores desencadeantes.

Pensamento – Forma



Circunstancialidade

O objetivo final da fala é longamente adiado pela incorporação de detalhes.



Perseveração

O paciente repete a mesma resposta a uma variedade de questões.



Tangencialidade

O objetivo da fala não chega a ser atingido ou não é claramente definido.



Fuga de Ideias

Associações inapropriadas feitas pelo som ou ritmo das palavras (associações ressonantes).

Pensamento – Forma (cont.)

Pensamento Incoerente

Perda da associação lógica entre partes de uma sentença (**afrouxamento de associações**). Forma extrema: **salada de palavras**.

Bloqueio de Pensamento

Interrupção súbita da fala no meio de uma sentença; ao retomar, o paciente muda de assunto.

Conteúdo do Pensamento

- Ansioso
- Depressivo
- Obsessivo
- Mágico
- Bizarro

Logicidade do Pensamento

Ideias Supervalorizadas

Pensamento centralizado em uma ideia particular com forte tonalidade afetiva; irracional, mas sustentada com menos intensidade que um delírio.

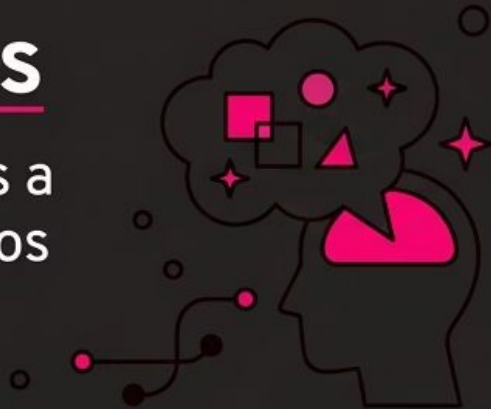
Delírios

Crenças que refletem avaliação falsa da realidade, não compartilhadas pelo grupo sociocultural e irreduzíveis à argumentação lógica.

Características dos Delírios

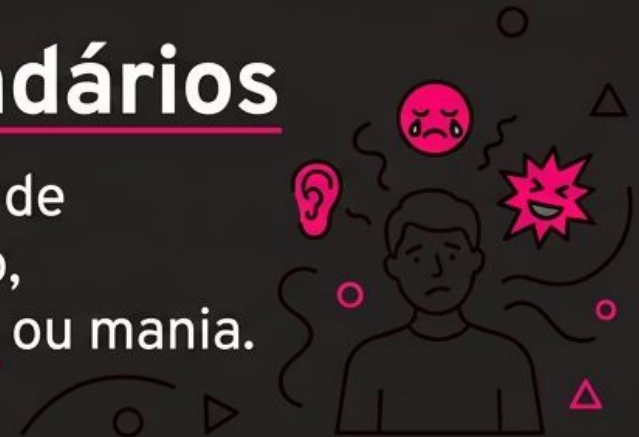
Primários

Não associados a outros processos psicológicos.



Secundários

Derivados de alucinação, depressão ou mania.



Sistematizados

Tema único com lógica interna.



Não Sistematizados

Vários temas, desorganizados e pouco convincentes.



A classificação dos delírios orienta o diagnóstico diferencial entre psicoses primárias e transtornos afetivos.

Conteúdo Predominante do Delírio

Os delírios podem se organizar em torno de diferentes conteúdos temáticos, frequentemente interconectados:



Juízo Crítico da Realidade

- As decisões do paciente são baseadas em dados da realidade ou em delírios/alucinações?
- O paciente consegue fazer uma autoanálise de suas qualidades e defeitos?

📌 Juízo crítico e insight são dimensões distintas e ambas devem ser avaliadas.

Referência

Grandiosidade

Persecutório

Somático

Culpa

Conduta e Linguagem

Conduta

Comportamentos **observáveis** do paciente durante a entrevista:

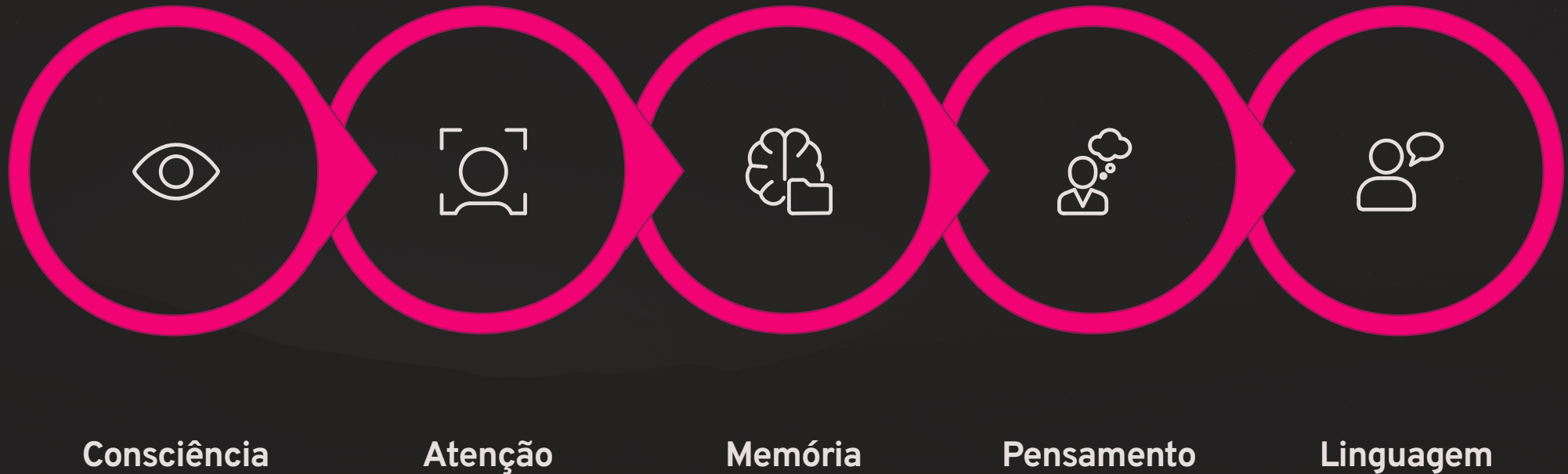
- Gestos e maneirismos
- Inquietude psicomotora
- Cordialidade e contato
- Tiques

Linguagem Verbal

Aspectos a avaliar:

- Dificuldade em articular frases
- Gagueira e tiques verbais
- Intensidade e velocidade da fala
- Compreensão, fluência, nomeação, repetição, leitura e escrita

Síntese do Exame do Estado Mental



O EEM é uma avaliação sistemática e integrada – cada domínio informa e contextualiza os demais.

Referências Bibliográficas

01

Morrison, James

Entrevista Inicial em Saúde Mental.
Artmed.

02

Gabbard, Glen O.

*Psiquiatria Psicodinâmica na Prática
Clínica.*

03

Jaspers, Karl

Psicopatologia Geral – 2 volumes.

04

Sims

*Sims' Symptoms in the Mind: An Introduction to Descriptive
Psychopathology.*

05

Dalgalarrrondo, Paulo

Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais.



Conclusão

"O paciente quando procura ajuda de um profissional de saúde mental está sofrendo. Entender o sofrimento, validar sua dor e ter um interesse genuíno em ajudar é o que te torna um bom entrevistador."

Escuta Empática

A base de toda boa entrevista clínica.

Avaliação Sistemática

O EEM estrutura o olhar clínico de forma abrangente.

Cuidado Integral

Biológico, psicológico e social – sempre integrados.