

O exame do estado mental. É possível sistematizá-lo?

The mental status exam. It is possible standardize?

Marsal Sanches^{1,2}, Ana Paula Marques³, Samanta Ortegosa³, Andrea Freirias³,
Ricardo Uchida^{2,3}, Sérgio Tamai^{2,4}

Resumo

A avaliação estado mental de um paciente pode corresponder a tarefa bastante complexa. O presente artigo aborda aspectos semiológicos e psicopatológicos relacionados à realização do exame psíquico. Adicionalmente, apresenta uma proposta de sistematização do referido exame, a qual pode ser útil tanto para o psiquiatra como para o não-especialista.

Descritores: Psicopatologia, Psiquiatria/métodos, Escalas

Abstract

Assessing the mental status of a patient can represent a complex task. This article focus on semiological and psychopathological aspects of the mental status exam. Additionally, a model of standartization of the exam is purposed, targeting not

only psychiatrists but also general practioners and other non-specialists.

Key words: Psychopathology, Psychiatry/methods; Scales

Introdução

A avaliação minuciosa do estado mental de um paciente corresponde, provavelmente, a uma das mais subjetivas tarefas com as quais um médico pode se deparar. Embora, nos grandes centros, seja muitas vezes possível delegar esta função a um especialista (o psiquiatra), em diversas circunstâncias caberá ao não-especialista a realização do referido exame. Queixas psiquiátricas são comuns na prática clínica e a adequada realização do exame psíquico será peça fundamental no processo de raciocínio diagnóstico, bem como na decisão de encaminhar ou não o paciente para atendimento especializado.

O exame psíquico, ou exame do estado mental, é por definição baseado no referencial teórico fenomenológico⁽¹⁾. De forma simplificada, isto significa que, ao entrevistar um paciente, é necessário mais que apenas escutá-lo. É necessário que, durante toda a entrevista, seja feito o constante exercício de empatizar com o paciente. É preciso que o examinador compare as vivências do paciente com as suas próprias, buscando similaridades e diferenças. O entrevistador deve, a todo instante, se perguntar: “se eu estivesse experimentando estas sensações, estes pensamentos, de que forma me sentiria? De que forma me comportaria?”

À dificuldade naturalmente associada ao processo acima, soma-se o fato de que, salvo raríssimas exceções, não se dispõe, em psiquiatria, de exames complementares para a confirmação dos achados de exame⁽²⁾. Recentemente, muita ênfase tem sido dada a questionários, escalas de avaliação de estado mental e listas de sintomas⁽³⁾. Embora possibilitem a coleta de dados de maneira rápida e confiável, correspondendo a excelentes ferramentas de triagem, estes ins-

¹ Coordenador da Divisão de Psiquiatria Geral de Adultos do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

² Professores do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

³ Médicos Assistentes da Divisão de Psiquiatria Geral de Adultos do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

⁴ Diretor Técnico do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e Chefe do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Submetido para: Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Trabalho realizado no Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Correspondência: Dr. Marsal Sanches. Divisão de Psiquiatria Geral de Adultos do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.

e-mail: marsalsanches@terra.com.br

trumentos podem às vezes imbuir um falso conceito de que as funções mentais são passíveis de adequada avaliação de forma puramente objetiva. Finalmente, não há qualquer tipo de padronização na maneira como as diferentes funções psíquicas são agrupadas e organizadas para efeito de descrição, sendo que cada psiquiatra tende a seguir a sistematização adotada no serviço em que obteve sua formação.

O presente artigo descreve uma proposta de padronização do exame psíquico (Quadro 1), baseada na literatura especializada, adotada na Divisão de Psiquiatria Geral de Adultos do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Quadro 1

Componentes do exame psíquico

Apresentação
Atitude
Contato
Consciência
Atenção
Orientação
Memória
Senso-percepção
Pensamento
Crítica e Noção de Doença
Humor e Afeto
Psicomotricidade

O exame do estado mental

Apresentação

O primeiro item do exame psíquico diz respeito à aparência física do paciente, mais especificamente à maneira como o mesmo se encontra vestido e suas condições de higiene. A apresentação poderá, portanto, estar adequada, descuidada, exagerada, bizarra, dentre outros adjetivos. É interessante notar que a caracterização da apresentação deverá levar em consideração, obrigatoriamente, o contexto onde a entrevista estiver sendo realizada. O fato de um paciente trajar pijamas durante uma entrevista em um hospital será, provavelmente, considerado adequado, diferentemente do que ocorreria se a mesma entrevista estivesse ocorrendo em um consultório particular⁽⁴⁾.

Atitude

De que maneira o paciente se posta diante do examinador? Esta pergunta será respondida com base na descrição de sua atitude. Alguns pacientes adotam atitude **ativa** e **colaborativa**, respondendo às perguntas adequadamente. Outros, colocar-se-ão de for-

ma **negativista**⁽⁵⁾, seja ignorando intencionalmente as perguntas e solicitações do examinador (negativismo ativo), seja por se encontrarem alheios e indiferentes aos que lhes é solicitado ou perguntado (negativismo passivo).

Contato

No item contato, descrevemos uma impressão subjetiva do examinador referente à entrevista daquele paciente. Foi fácil a realização da entrevista? Foi difícil estabelecer empatia com o mesmo? Quais sentimentos contra-transferenciais foram experimentados pelo examinador? Tais questões devem ser incluídas neste item do exame do estado mental.

Consciência

O termo **consciência** pode ser usado, em psicopatologia, com vários significados distintos⁽⁶⁾. Por um lado, enquanto consciência neurológica, diz respeito ao grau de vigília de um paciente, ou seja, à nitidez das vivências psíquicas (eixo vertical) e à amplitude desta vigília. Dessa forma, no eixo vertical, a consciência poderá estar preservada (paciente **lúcido, consciente ou vigil**) ou rebaixada (paciente **sonolento, obnubilado** ou **torporoso**). O termo "**confusão mental**" corresponde, em termos genéricos, a qualquer grau de rebaixamento do nível de consciência, excetuando-se o coma. No eixo horizontal, encontramos os **estreitamentos da consciência**, estados crepusculares habitualmente de natureza epiléptica ou dissociativa.

Atenção

À capacidade de direcionar ou focar a vida mental em determinados estímulos específicos damos o nome de **atenção**⁽⁷⁾. Distinguem-se a atenção voluntária (tenacidade), isto é, a capacidade de direcionar, voluntariamente, a vida mental para um estímulo específico, e a atenção espontânea (vigilância), a capacidade não intencional de re-direcionar a vida mental para estímulos novos, a qual é determinada pelas características dos estímulos em questão (por exemplo, intensidade dos mesmos). Habitualmente, há uma certa relação inversa entre as duas formas de atenção: se a atenção espontânea está patologicamente aumentada, a voluntária estará diminuída, e vice-versa. Entretanto, alguns estados cursam com diminuição global de ambas as formas de atenção.

Orientação

Chamamos **orientação** à capacidade de um indivíduo de conseguir situar-se tempo-espacialmente

(em relação ao ambiente) e quanto a si mesmo⁽⁷⁾. Didaticamente, divide-se a orientação em **autopsíquica** (identidade do eu) e **alopsíquica** (quanto ao mundo externo, subdividida em orientação temporal e orientação espacial).

Memória

É a função psíquica responsável pela fixação, armazenamento e evocação dos estímulos e vivências⁽⁸⁾. Embora existam diversas classificações e subsistemas de memória, uma das mais adotadas é aquela que leva em consideração o tempo decorrente entre a fixação do estímulo e sua evocação. Com base neste critério, podemos classificar a memória em imediata, recente e remota (Quadro 2).

Senso-percepção

As sensações resultam dos efeitos produzidos por estímulos externos sobre os órgãos dos sentidos enquanto as percepções correspondem a fenômenos psíquicos relacionados ao reconhecimento e significado subjetivo das sensações. Dessa forma, as alterações da senso-percepção compreendem dois grupos de fenômenos⁽⁶⁻⁸⁾. Por um lado, incluem alterações da senso-percepção propriamente ditas, as distorções perceptivas. Estas correspondem a distorções no tamanho, cor ou forma dos objetos, bem como a alterações na percepção de espaço. Tais problemas são comuns em transtornos mentais orgânicos e em estados relacionados ao uso de substâncias.

O outro grupo de alterações compreende as **ilusões** e **alucinações**. Embora a rigor estes fenômenos não correspondam a alterações senso-perceptivas, mas sim do juízo de realidade, são tradicionalmente descritas entre os distúrbios da senso-percepção. Nas ilusões, o paciente vivencia uma representação mental distorcida de um objeto externo presente. São basicamente restritas à esfera visual, e altamente sugestivas de afecções cérebro-orgânicas. Já nas alucinações temos, em termos psicopatológicos, a existência de uma representação mental que é erroneamente

aceita pelo juízo de realidade como proveniente do meio exterior. Dessa forma, a alucinação corresponde, a grosso modo, a uma “percepção sem objeto”, podendo ser encontrada na esfera visual (alucinações visuais), auditiva (alucinações auditivas), olfativa, tátil (alucinações cenestésicas) ou gustativa. A presença de alucinações é característica dos quadros psicóticos. Enquanto alucinações visuais, tal qual as ilusões, sinalizam para a existência de alterações orgânicas, as auditivas são altamente sugestivas de psicoses não-orgânicas, tais como surtos psicóticos agudos, quadros esquizofrênicos e transtornos de humor com sintomatologia psicótica.

Pensamento

Na imensa maioria das avaliações, o pensamento será avaliado indiretamente, com base no discurso do paciente. São descritas no exame psíquico três dimensões do pensamento: curso, forma e conteúdo⁽⁶⁾.

- **curso:** é a velocidade do pensamento, ou seja a velocidade com que as idéias se encadeiam umas nas outras. O curso pode estar lentificado, acelerado ou normal.
- **forma:** aqui, descreve-se a forma como as idéias se encadeiam umas nas outras. A forma habitual do pensamento normal é chamada de **agregada**, na medida em que as idéias se encadeiam de maneira natural e harmônica, mudando-se gradualmente de um tema para outro. As alterações da forma do pensamento estão descritas no Quadro 3. Vale lembrar que nem todas são necessariamente patológicas, podendo ser encontradas em indivíduos normais.

Conteúdo: as idéias expressas pelo paciente são habitualmente agrupadas neste sub-item. Podemos, assim, incluir na descrição do conteúdo do pensamento idéias suicidas, desejo de morte, planos para o futuro, dentre outras. Algumas destas merecem atenção especial. As **idéias prevalentes** são conteúdos que, em função de sua carga afetiva, ocupam a maior parte do conteúdo do pensamento do indivíduo no momento do exame. As **idéias delirantes** con-

Quadro 2

Tipos de memória e técnicas de avaliação

Tipo de memória	Tempo entre a fixação e a evocação	Forma de avaliação durante o exame psíquico
Imediata	segundos	Falar três palavras ou números e pedir que o paciente os repita imediatamente após ouvi-los
Recente	minutos/horas/dias	Pedir para que o paciente repita novamente os números ou palavras, após a aplicação de um distrator
Remota	semanas/meses/anos	Perguntas sobre fatos ocorridos no passado

Quadro 3

Alterações da forma do pensamento

Alteração	Descrição	Valor semiológico
Arborização do pensamento	As idéias se encadeiam, porém o pensamento tendem a se distanciar do foco original, com mudanças progressivas do tema do discurso	Quadros maniformes; alguns quadros psicóticos
Fuga de idéias	O paciente muda de tema do discurso de forma mais rápida que na arborização	Fase maníaca do transtorno afetivo bipolar
Desagregação do pensamento	As idéias tendem a não se encadear umas nas outras, sendo o discurso composto por frases desconexas ou, às vezes, palavras desconexas (salada de palavras)	Quadros psicóticos
Perseveração	Dificuldade em abandonar o tema do discurso	Transtornos mentais orgânicos
Prolixidade	Incapacidade em distinguir o que é fundamental do que é acessório no discurso	

sistem em crenças irreais não removíveis mediante a argumentação lógica, podendo ser de temática persecutória, mística, grandiosa, de ruína, dentre outras. As **idéias obsessivas** são pensamentos de caráter intrusivo, reconhecidas pelo próprio paciente como absurdas, porém de difícil controle.

Crítica e noção de doença

Aqui, avalia-se o grau de *insight* do paciente, ou seja, o quanto de compreensão o mesmo apresenta em relação a seu próprio estado mental⁽⁴⁾. Embora muitas vezes usados como sinônimos, há uma discreta diferença entre os dois conceitos acima. Crítica diz respeito à percepção da inadequação ou da gravidade de suas vivências ou de seu comportamento. Noção de doença se refere a quanto o paciente admite que tais vivências ou comportamento anormais são decorrentes de doença mental.

Humor e afeto

Estes itens correspondem provavelmente à seção mais difícil e subjetiva do exame do estado mental, haja vista que compreendem a descrição do estado emocional do indivíduo durante a avaliação. Tal subjetividade decorre das inúmeras variações encontradas na maneira como as emoções e sentimentos são vivenciados e expressos, não somente de indivíduo para indivíduo como também de cultura para cultura⁽⁹⁾.

Denomina-se *humor* como a disposição afetiva fundamental⁽⁶⁾. Em outras palavras, poderíamos dizer que o humor corresponderia à emoção **predominante** durante a entrevista. O *afeto*, por outro lado, designaria a **totalidade** das emoções no momento em questão, bem como sua relação com o conteúdo do pensamento.

Segundo as conceituações acima, o humor pode ser basicamente classificado como **depressivo**, **eufórico**, **irritado** (disfórico) ou **ansioso**. O afeto, por sua vez, pode ser classificado de várias formas⁽⁷⁾:

- segundo a sintonia com o conteúdo do pensamento: **congruente** ou **incongruente** (“dissociado”);
- segundo as variações do estado emocional durante a entrevista: **pouco móvel** ou **lábil**;
- segundo a intensidade da expressão emocional: **hipermodulante**, **estável** ou **plano**;
- segundo o grau de sintonia com o ambiente e o examinador: **ressoante** ou **pouco ressoante**.

Psicomotricidade

Os fenômenos motores exibidos pelo paciente durante a entrevista são descritos neste item⁽⁷⁾. Do ponto de vista quantitativo, a psicomotricidade oscila entre dois pólos: o da inibição psicomotora, ou abulia e o da agitação psicomotora. Entre estes dois extremos, encontramos uma gama de conceituações. O paciente poderá, assim, estar **inquieto**, **acelerado**, **lentificado**, **apático**, dentre outros termos. Quadros de extrema agitação psicomotora são também denominados estados de **furor**, enquanto estados de extrema inibição psicomotora são chamados de estados de **estupor**, onde se observa imobilidade e mutismo. É interessante frisar que quaisquer das alterações acima podem se dever a múltiplas etiologias, ou seja resultar de diversos transtornos psiquiátricos. O estupor, por exemplo, pode ser encontrado em episódios depressivos graves, quadros psicóticos com características catatônicas e crises dissociativas.

Além das alterações acima descritas, valem ser citadas algumas alterações qualitativas da psicomotricidade, em relação às quais impera grande confusão. Todas se caracterizam por movimentos

Quadro 4

Alterações qualitativas da psicomotricidade

Alteração	Complexidade do movimento	Finalidade do movimento	Outras características	Valor semiológico
Tiques	baixa	ausente	Podem ser suprimidos pela vontade	Transtornos de tique; transtornos do spectrum obsessivo-compulsivo
Estereotípias	média	ausente	contínuas	transtornos psicóticos (especialmente quadros catatônicos)
Maneirismos	alta	presente	movimento com finalidade específica executado de maneira bizarra ou pouco usual	transtornos psicóticos

repetitivos. São elas as estereotípias, os maneirismos e os tiques (Quadro 4).

Discussão

O presente artigo descreve uma proposta de sistematização do exame do estado mental. Ainda que, em características gerais, a mesma se assemelhe às incluídas em livros-texto, algumas peculiaridades merecem ser destacadas.

Primeiro, os itens “prospecção” e “pragmatismo”⁽⁷⁾ não foram incluídos na descrição do exame psíquico, já que os mesmos estariam contemplados em outros itens da avaliação psiquiátrica. Segundo, não incluímos o item “inteligência”, em razão das diversas controvérsias envolvidas em sua conceituação e na dificuldade em enquadrá-la como uma função psíquica específica. Ao contrário, a inteligência seria mensurada indiretamente por meio da avaliação do pensamento. Pela mesma razão, neste artigo não classificamos os delírios como alterações do juízo⁽⁸⁾, mas sim do pensamento, mais especificamente do seu conteúdo.

Adicionalmente, optamos por uma conceituação específica dos itens “humor e afeto”, não se adotando a noção bastante difundida de que o afeto corresponderia aos aspectos emocionais subjetivamente identificados pelo examinador, enquanto humor estaria ligado ao colorido do discurso e outras expressões emocionais objetivas⁽¹⁰⁾. Finalmente, optamos por não incluir o item “discurso”⁽⁴⁾, já que sua descrição tende a se sobrepor à das dimensões do processo do pensar (curso, forma e conteúdo).

Este artigo não visa esgotar o tema ou propor controvérsias de natureza teórica. Dada a complexidade do referencial teórico utilizado para embasar a descrição do estado mental, compreensões distintas das acima referentes à conceituação e semiologia das

diversas funções psíquicas e à própria estruturação do exame são encontradas. Dessa forma, algum grau de subjetividade e variações em sua descrição estarão inevitavelmente presentes. Por outro lado, não é possível que o exame psíquico seja pura e simplesmente substituído por uma escala ou formulário, utilizando critérios diagnósticos de algum dos sistemas de classificação dos transtornos mentais atualmente disponíveis^(11,12).

Conclusão

Ainda que o exame psíquico não seja passível de uniformização, o presente trabalho corresponde a uma tentativa de sistematização do mesmo, de modo a facilitar a descrição e a organização do exame do estado mental. A presente proposta pode ser útil não apenas para residentes de psiquiatria como também para estudantes de medicina e médicos não-especialistas.

Referências Bibliográficas

1. Jaspers, K.- Psicopatologia geral. 8ª ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 2000.
2. Menon, M.A.; Freirias, A.; Sanches, M.; Custódio, O.- Aspectos Psiquiátricos. In: Sustovich, D.R. Semiologia do idoso para o clínico. São Paulo, Servier, 1999. p. 89-94
3. Jorge MR, Custódio O. Utilidade das escalas de avaliação para clínicos. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 59-61.
4. Dratcu L. O exame do paciente psiquiátrico. In: Almeida OP, Dratcu L, Laranjeira R. Manual de psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997. p. 5-21.
5. Paim I. História da psicopatologia. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária; 1993.
6. Dalgalarondo P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed; 2000.
7. Motta T, Wang YP, del Sant R. Funções psíquicas e sua psicopatologia. In: Louza Neto MR, Motta T, Wang YP, Elkis H. Psiquiatria básica. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 33-52.

8. Paim I. Curso de psicopatologia. 10ª ed. São Paulo: Editora Pedagógica Universitária;1986
9. Sanches M, Jorge MR. Transtorno afetivo bipolar: um enfoque transcultural. Rev Bras Psiquiatr 2004; 26 (supl.3):54-6, 2004.
10. Serby M. Psychiatric resident conceptualizations of mood and affect within the mental status examination. Am J Psychiatry 2003; 160: 1527-9.
11. Organização Mundial da Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID 10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Press; 1994.

Data de recebimento: 12/01/2005

Data de aprovação: 29/03/2005

Prêmio para o Serviço de Apoio Psicológico aos Alunos da Santa Casa de SP!

XLIII CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA

O XLIII COBEM foi um sucesso!

De 26 a 29 de outubro reuniram-se, no Centro de Convenções da cidade de Natal (RN), 1907 Congressistas. Além da apresentação de 972 trabalhos, todos discutidos com especialistas, o evento contou com palestras, mesas redondas, oficinas, foruns e muitos debates com trocas de experiências sobre temas relevantes para a transformação da Educação Médica brasileira.

PRÊMIO ABEM DE EDUCAÇÃO MÉDICA - 2005

A Associação Brasileira de Educação Médica concede mais uma vez o "Prêmio ABEM de Educação Médica 2005", aos autores de trabalhos científicos completos inscritos para apresentação no XLIII Congresso Brasileiro de Educação Médica.

Este ano a ABEM recebeu a inscrição de 32 trabalhos científicos para concorrer ao Prêmio ABEM 2005.

Os trabalhos foram avaliados pelo Comitê de Julgamento, formado por cinco professores/pesquisadores de reconhecida competência.

E, em terceiro lugar, o trabalho da Profa. Dra Patrícia Lacerda Bellodi, psicóloga do REPAM - Retaguarda Emocional para o Aluno de Medicina da Santa Casa de SP.

Abaixo, foto da premiação.

3º LUGAR



Retaguarda Emocional para o Aluno de Medicina: realizações e reflexões.

Pseudônimo: Retaguarda

Autora: Patrícia Lacerda Bellodi

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Foto: Profª. Patrícia Lacerda Bellodi recebe o prêmio de 3º lugar



Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

MULHER DO ANO DO AMERICAN BIOGRAPHICAL INSTITUTE É PROFESSORA DA FACULDADE SANTA CASA

A professora do Departamento de Oftalmologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Maria Cristina Nishiwaki-Dantas, acaba de receber o título de "Woman of the Year 2005", concedido pelo American Biographical Institute, da Carolina do Norte, nos Estados Unidos.

Maria Cristina também dirige um dos maiores serviços oftalmológicos do Brasil, o Departamento de Oftalmologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, que atende 5.000 pacientes mensais. Ela é a primeira mulher em 120 anos a comandar a Oftalmologia e, como tal, a orientar uma equipe de quase cem médicos e 36 residentes que também trabalham sob sua direção.

O empenho da oftalmologista e também a sua maior preocupação, no momento, é ampliar a capacidade de atendimento e melhorar a qualidade dos equipamentos com que conta. Maria Cristina considera essencial a prevenção da cegueira, pois "a detecção precoce dos problemas oftalmológicos é o caminho para evitar que milhares de pessoas acabem perdendo a visão".