

## Capítulo 08

# ANAMNESE EM PSIQUIATRIA E O EXAME DO ESTADO MENTAL.

*"Quem quiser ter saúde no corpo, procure a na alma"*

*Francisco Gómez de Quevedo Villegas*

MANUELLA MENDONÇA DA SILVA<sup>1</sup>  
SÁVIO GUERRA PINTO<sup>1</sup>  
BÁRBARA SILVA GOMES<sup>1</sup>  
PROF. DR. DAVID FREITAS DE LUCENA<sup>2</sup>

1. Discente de Medicina do Centro Universitário Christus (Unichristus) – Fortaleza, Ceará
2. Docente – Médico Psiquiatra; Departamento de Psiquiatria e Farmacologia Clínica da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Fortaleza,

*Palavras Chave: Entrevista psiquiátrica; Exame do estado mental; Anamnese médica.*



## ANAMNESE EM PSIQUIATRIA

A entrevista psiquiátrica é ferramenta essencial para avaliação do funcionamento mental do paciente, podendo ter várias finalidades como: servir de base para o levantamento de dados do paciente e aliança terapêutica, estabelecimento de hipóteses diagnósticas; estimativa de prognóstico e planejamento de tratamento farmacológico e não farmacológico (CORDIOLI *et al.*, 2004; PORTO, 2019). Neste capítulo organizamos os princípios básicos de uma anamnese diretiva para o médico generalista e acadêmicos de medicina, sugerindo na leitura complementar fontes de aprofundamento.

Deve-se destacar que a entrevista começa antes da consulta, quando paciente ou algum parente procura o atendimento. Nesse primeiro momento, é de suma importância identificar qual a fonte de encaminhamento do paciente e, independentemente da finalidade da entrevista, o paciente deve sempre ser informado previamente do motivo pelo qual será consultado.

Durante o primeiro contato com paciente e familiares, é recomendável estabelecer um adequado *rappor*t com o paciente para promover um ambiente favorável e com fronteiras terapêuticas seguras para que o mesmo verbalize suas queixas livremente. O médico deve demonstrar empatia, interesse, oferecer uma escuta imparcial sem julgamentos ou interpretações precoces, evitando interrupções pelo menos nos minutos iniciais da entrevista. Sempre que possível, recomenda-se não fazer anotações, principalmente em situações na qual o paciente se mostra em agitação psicomotora ou francamente delirante (CORDIOLI *et al.*, 2004; SADOCK *et al.*, 2017).

Além disso, é interessante que ocorram momentos de silêncio durante a consulta, pois permitem que haja reflexão e contemplação, por ambas as partes, a respeito do que foi comentado. Outrora, o silêncio pode indicar um quadro psicopatológico que o paciente possui, por exemplo: depressão, esquizofrenia, transtornos mentais orgânicos, podendo apresentar-se obnubilado ou em mutismo absoluto, ou então pode indicar que o paciente esteja tendo dificuldade para contemplar algum tema que lhe é difícil de expressar, por algum remorso, resistência, culpa ou medo de falar. Lembrando que silêncios prolongados devem ser evitados no contato inicial pois pode elevar os níveis de ansiedade do entrevistado e dificultar a aliança terapêutica (CORDIOLI *et al.*, 2004).

Pontos chaves da entrevista psiquiátrica:

- Antes da entrevista - buscas quais as fontes de encaminhamento;
- Informar o paciente pelo qual motivo será entrevistado;
- Estabelecer "*rappor*t" com paciente;
- Demonstrar empatia, interesse e observar elementos de contratransferência.
- Oferecer um ambiente tranquilo e seguro;
- Evitar fazer muitas anotações;
- Manejo do silêncio.

É importante ressaltar que a anamnese na psiquiatria segue o mesmo roteiro da anamnese médica, contudo, não há uniformidade quanto à estrutura, sendo esta muitas vezes decidida a depender da queixa e nível de cooperação do paciente. Dessa forma, segue abaixo uma tabela contendo um modelo adaptado com sugestão de roteiro de entrevista psiquiátrica e os principais pontos a serem abordados em cada tópico da anamnese (**Tabela 8.1**).

**Tabela 8.1** Modelo adaptado da entrevista psiquiátrica

|   |  |
|---|--|
| Identificação   | Nome, idade, identificação de gênero, profissão, escolaridade, estado civil, religião, naturalidade e procedência  |
| Motivação da consulta                                   | "Porque motivo veio à consulta...."<br>"Por onde vamos começar..."<br>"No nosso primeiro encontro não conversamos sobre alguns pontos sobre os quais eu gostaria que me desse algumas informações..."  |
| História da doença atual                                | Descrição cronológica da evolução dos sintomas do episódio atual, gatilho para crises, frequência e duração dos sintomas, fatores de melhora e piora, alterações nos hábitos (sono, peso, atividade física) e no comportamento (ex: impulsividade), impactos: relacionamentos, produtividade, ingestão de medicamentos e substâncias nas últimas 24 horas, suicídio/violência atual ("você já pensou em morrer?")<br>"Como esse problema começou, como tem sido para você e como evoluiu com o passar do tempo"<br>"Porque o paciente está aqui agora?"<br>"O que sentiu naquele momento..." |
| História fisiológica                                    | Gravidez, parto, amamentação, DNPM, trauma, sexarca, pubarca<br>"Aconteceu alguma coisa na infância/adolescência que te marcou negativamente?"   |
| História patológica progressiva                         | Medicações em uso, comorbidades, algum outro diagnóstico de doença psiquiátrica, alergia, cirurgias, automutilação   |
| História familiar                                       | Hereditariedade, ambiente familiar, fatores de risco e proteção, doenças, temperamento, causa de morte, número de irmãos, posição na prole, pesquisar se tem algum membro da família com algum transtorno mental<br>"Fale-me do que aprecia na sua pessoa..."  |
| História social/ curva de vida                          | Atividade física, uso de substâncias psicoativas, álcool, alimentação, vida profissional, vida sexual e afetiva, relações familiares   |
| Exame do Estado Mental<br>Mnemônico:<br>CASOMI APEJUCOL | Consciência, Atenção, Sensopercepção, Orientação, Memória, Inteligência, Afeto/humor, Pensamento, Juízo Crítico, Conduta na entrevista - Aparência e Linguagem.  |

## O EXAME MENTAL

O exame do estado mental é realizado a partir da observação direta do paciente colheita da anamnese, podendo ser complementada por meio do relato de familiares e outras fontes confiáveis. O método descrito a seguir é utilizado a décadas pelo serviço de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre - UFRGS, sob idealização dos Professores Eméritos Aristides Volpato Cordioli e Claudio Maria Osório destacando-se pela simplicidade e efetividade prática (CORDIOLI, 2005).

Apenas para fins didático, divide-se o exame mental em dois eixos de observação psicopatológica:

- **CASOMI**, que quando alterado deve indicar ao examinador o direcionamento da anamnese para etiologias relacionadas a alguma Síndrome Cerebral Orgânica (SCO), vis a vis uma condição de “clínica geral” em que a causa está ligada a lesão - disfunção cerebral, e pouco provavelmente as grandes síndromes psiquiátricas. Como exemplo, devemos lembrar dos mais variados casos de delírium, as demências, lesões isquêmicas/hemorragicas, traumatismos

crânio encefálicos, intoxicações exógenas e retardo mental. Este eixo engloba as áreas da consciência, atenção, senso percepção, orientação memória e inteligência (CORDIOLI, 2005).

- **APEJUCOL**, alterações deste eixo, com preservação das funções anteriores, direciona o médico a investigar etiologias ligadas as grandes síndromes psiquiátricas, como os Transtornos de humor, os transtornos psicóticos, os transtornos de ansiedade, etc. Observa-se aqui modificações do afeto/humor, pensamento, juízo crítico, psicomotricidade - conduta e linguagem.

Abaixo, segue uma sugestão de ordem cronológica para avaliação do exame do estado mental e os principais achados das diferentes áreas de funcionalidade mental (CORDIOLI, 2005).

### Aspecto geral

Começa com uma descrição sumária quanto ao local que se realiza a entrevista (consultório particular, hospital, posto de saúde) e em seguida, descreve o motivo pelo qual a entrevista está sendo realizada. Adiante explora-se os seguintes aspectos: aparência, postura e atitude (CORDIOLI *et al.*, 2004).

- **Aparência:** explora-se sobre o cuidado pessoal, higiene, adornos, maquiagem e roupas que o paciente usa no momento da consulta.
- **Postura:** sentado, em decúbito dorsal ou ventral, em pé, róí as unhas, descruza e cruza as pernas.
- **Atitude:** colaboradora, hostil, inquieta, agitado, quelante, inibida, esquiva, teatral, jocosa (CORDIOLI, 2005).

### Consciência

Envolve todo o reconhecimento da realidade externa ou de si mesmo, o estado de luci-

dez ou alerta que a pessoa se encontra que é capaz ou não de responder a estímulos externos. Divide-se a avaliação do nível de consciência em quantitativa, tendo como base a Escala de Coma de Glasgow e em qualitativa (CORDIOLI, 2005).

### Alterações qualitativas

- **Obnubilação/sonolência:** comum em pacientes que sofreram Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), processos infecciosos agudos ou efeito colateral de drogas (CORDIOLI, 2005).

- **Coma:** abolição da consciência.

- **Torporoso:** grau mais acentuado de rebaixamento, com evidente sonolência, sendo comum na esquizofrenia (catatônico), intoxicações, doenças orgânicas, depressão profunda, reações epilépticas e histéricas (CORDIOLI, 2005).

- **Vígil:** preservação da consciência.

- **Hiper alerta:** despertar exaltado com aumento da sensibilidade ao ambiente externo imediato, comum nos quadros ansiogênicos e maníacos (CORDIOLI, 2005).

### Alterações quantitativas

- **Estado crepuscular:** estreitamento transitório do campo da consciência, com conservação de uma atividade psicomotora global, sendo comum na epilepsia e/ou após choque traumático muito intenso (CORDIOLI, 2005).

- **Sonambulismo:** Episódios de despertar parcial do sono NREM com comportamentos automáticos (CORDIOLI, 2005).

- **Estado hipnótico:** Estado de consciência reduzida e atenção plena, que pode ser instigada por outra pessoa, geralmente, denominada de hipnotizadora (CORDIOLI, 2005).

- **Transe:** Assemelha a *sonhar acordado*, diferindo disso, porém, pela presença em geral de atividade motora automática e estereotipada acompanhada de suspensão parcial dos movimentos voluntários (CORDIOLI, 2005).

- Eventos dissociativos: Fragmentação ou divisão do campo da consciência, com preservação da memória inconsciente (CHENIAUX, 2020).

### Consciência

Capacidade de manter o foco em uma atividade em detrimento das demais. É didaticamente dividida em outras duas, porém deve ser levada em consideração conjuntamente (PORTO, 2019).

- **Vigilância:** atenção difusa, capacidade do indivíduo em de ficar atento às situações que o rodeiam (hiper ou hipovigil).

- **Tenacidade:** atenção focal, capacidade de manter atenção em uma tarefa mais específica (hiper ou hipotenaz).

Alterações relacionadas à vigilância e tenacidade:

- **Euprosexia:** Tenacidade e vigilância preservadas.

- **Hipoprosexia:** Tenacidade e vigilância preservadas, porém diminuídas (ex.: Transtorno Depressivo Maior/TDM).

- **Hiperprosexia:** Tenacidade e vigilância aumentadas (ex.: Transtorno Afetivo Bipolar/TAB).

- **Aprosexia:** Tenacidade e vigilância ausentes (ex: Estado de coma).

- **Distração:** Hipertenacidade mais hipovigilância (ex.: TDM e Mania).

- **Distrabilidade:** Hipotenacidade mais hipovigilância (ex.: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade/ TDAH).

### Sensopercepção

Capacidade de perceber e interpretar os estímulos que se apresentam aos órgãos dos sentidos. Estes estímulos podem ser: auditivos, gustativos, olfativos, táteis e visuais (CHINEAUX, 2020). As alterações podem ser:

- **Ilusão:** estímulos sensoriais reais são confundidos ou interpretados erroneamente, causando uma percepção falseada de um objeto (ex.: cena da branca de neve perdida na floresta em que ela começa a perceber as árvores como pessoas).

- **Dismegalopsias:** ilusões em que os objetos ou pessoas adquirem tamanhos diferentes e/ou distâncias irreais. Divide - se em macropsias (objetos mais próximos e menores) e micropsias (menores e mais distantes). São alterações decorrentes do deslocamento da retina. (CHINEAUX, 2020).

- **Pseudo-alucinações:** diferenciam-se das alucinações verdadeiras pela ausência de corporeidade e localização no espaço subjetivo interno (“dentro da mente”). (CHINEAUX, 2020).

- **Alucinação:** percepção sensorial na ausência de um estímulo externo. A imagem possui todas as características de uma perspectiva real (PORTO, 2019). Tipos de alucinação:

- **Visuais:** mais comum em transtornos mentais orgânicos.

- **Auditiva:** é a mais comum de todas. Frequentemente relatada em pacientes com TAB, esquizofrenia, mas pode ocorrer nas SCO (PORTO, 2019).

- **Táteis:** Ocorre nos quadros de intoxicação por cocaína, anfetaminas, psicose e *delirium tremens* devido à abstinência de álcool.

- **Olfativas:** menos comum de acontecer. Geralmente em quadros depressivos, os pacientes referem cheiro de algo podre. Pode ser comum na EQZ e epilepsia (PORTO, 2019).

- **Gustativas.**

- **De presença.**

- **Somática (cinestesias):** sensações irreais que envolvem o corpo do paciente e os seus órgãos internos (ex.: sentir o baço sangrando e apodrecido) - comum em pacientes com síndrome de Cotard.

## Orientação

Capacidade de se orientar em relação a si e ao ambiente. É subdividida em:

- Autopsíquica: Elemento da consciência. Informa elementos sobre si mesmo (PORTO, 2019)
- Alopsíquica: Temporal, espacial, quanto às outras pessoas. Em pacientes com Alzheimer é comum quadro de orientação alopsíquica temporal e espacial, em seguida de autopsíquica nos estágios mais avançados. As alterações mais comuns, são:
  - Desorientação amnésica: está relacionada a um prejuízo da memória, principalmente da capacidade de fixação (CORDIOLI, 2005). Ocorre em transtornos dissociativos e nas demências.
    - Desorientação apática: há um desnortamento gerado pela indiferença do paciente ao meio externo, característico de quadros psicóticos (CHINEAUX, 2020).
    - Falsa orientação confuso-oniroide: ocorre nos quadros orgânicos, combinando alterações da sensopercepção com rebaixamento do nível de consciência (CHINEAUX, 2020).
    - Falsa orientação delirante: disrupção da orientação verdadeira movida por uma ideiação delirante. (CHINEAUX, 2020).
    - Desorientação por déficit intelectual: dificuldade inata de compreensão dos contextos externos, por demência ou retardo mental (CHINEAUX, 2020).

## Memória

É a habilidade de conseguir evocar, reconhecer, fixar ou reter objetos, pessoas, experiências passadas ou estímulos sensoriais. Pode ser caracterizada como: fotográfica ou automática, lógica, auditiva, visual, declarativa ou verbal. Para avaliação, divide-se em: sensorial, imediata, recente e remota (PORTO, 2019). As

principais alterações relacionadas à memória são:

- Amnésia: Incapacidade parcial ou total de evocar experiências passadas. Pode ser do tipo: anterógrada, retrógrada, lacunar e remota (ex.: quadros demenciais).
- Hipoamnésia: Dificuldade parcial de evocar uma memória (ex.: quadros demenciais).
- Hiperamnésia: Aumento da memória (ex.: Transtorno do Espectro Autista/ TEA).
- Alomnésia: Recordações distorcidas de memórias verdadeiras (ex.: pacientes quadros demenciais e delirium).
- Paramnésia: Recordação de algo que não viveu (ex.: pacientes em quadros psicóticos).

## Inteligência

Habilidade que a pessoa apresenta de assimilar os conhecimentos fatuais, compreender as relações entre estes e complementar aos conhecimentos já adquiridos anteriormente. Também envolve a capacidade de solucionar situações inusitadas com rapidez e com êxito. Para avaliação, utiliza-se a Escala de Wechsler- Bellevue (Teste de QI). As alterações e transtornos mais comuns que envolvem a inteligência são: deficiência mental, demência e abstração (CORDIOLI, 2005).

## Afeto [Humor e vontade]

O afeto é definido como a expressão do humor, a maneira como é repassada para o médico que descreve (SADOCK *et al.*, 2017). Podem ser de natureza:

- Apatia: Diminuição da excitabilidade afetiva.
- Anedonia: Redução ou perda da capacidade de obter prazer por atividades anteriormente prazerosas - comum em quadros depressivos).

- Distanciamento afetivo: Observável vivência afetiva devastada - comum em EQZ e demência).

- Indiferença afetiva: Ausência de expressão de reações afetivas (SADOCK *et al.*, 2017). - Comum em quadros depressivos e psicóticos.

- Labilidade afetiva: Oscilação abrupta entre estados afetivos (SADOCK *et al.*, 2017). - Comum em quadros maníacos.

- Incontinência afetiva: Ausência de contenção de reações afetivas (SADOCK *et al.*, 2017) – comum em quadros maníacos.

- Ambivalência afetiva: Expressão de sentimentos opostos em relação a um mesmo estímulo (CORDIOLI, 2005) – comum em quadros psicóticos).

Já o humor, refere-se ao estado emocional interno e contínuo do paciente (maníaco, feliz, ansioso, raiva, triste, depressivo, irritabilidade) (SADOCK *et al.*, 2017). As alterações do humor podem ser classificadas em:

- Distímia, depressivo, euforia, elação, puerilidade, irritabilidade patológica.

Ademais, a vontade é definida pela habilidade afetiva, intelectual e instintiva de sentir. Associada ao contexto sociocultural no qual o indivíduo está inserido. As principais alterações são:

- Hipoabulia/abulia Diminuição/ausência da vontade (ex.: TDM).

- Hiperbulia: Aumento ou exacerbação da vontade (ex.: quadros maníacos).

- Atos impulsivos: Podem ser automutilação e ato suicida (ex.: Transtornos da Personalidade Borderline).

- Negativismo: Oposição do indivíduo a solicitações externas (ex.: Quadros psicóticos) (SADOCK *et al.*, 2017).

- Sugestionabilidade patológica: Tendência exagerada a obedecer a solicitações externas (ex.: Transtornos Dissociativos).

### **Pensamento**

União de diversas funções integrativas que são capazes de associar conhecimentos antigos e novos, abstrair, criar, julgar, analisar, estímulos internos e externos. É avaliado em três aspectos: curso (velocidade e ritmo), forma (estrutura e coerência) e conteúdo (ideia propriamente dita). Alterações nesses três aspectos, podem ser:

- Curso da fala: lento, acelerado, bloqueio, roubado, inserção dos pensamentos.

- Forma: dissociação, desagregação, prolixidade, fuga das ideias, afrouxamento do pensamento, prolixo.

- Conteúdo: delírio ou ideia delirante, supervalorizado, referência, ruína/culpa, religioso, pobreza, obsessões, grandeza, persecutórios.

### **Juízo Crítico**

Capacidade de percepção, avaliação e julgamento da realidade externa. Deve-se destacar que alterações da sensopercepção podem cursar com alteração do juízo crítico. Superstições, crenças e preconceitos não devem ser vistos como alteração do juízo de realidade de forma patológica. Os principais achados podem ser ideias prevalentes ou sobrevalorizadas e o delírio, que é uma crença falsa imbatível. Este pode ser classificado, por exemplo, em: persecutório, alusão, erótico, grandeza, auto-referência, culpa, influência entre outros (CORDIOLI, 2005).

### **Conduta (Psicomotricidade)**

Trata-se da função responsável pelo movimento, totalmente relacionada à vontade. Abrange alterações neurológicas, puramente psicológicas ou metabólicas. As principais alterações são:

- Lentificação motora: Lentidão na resposta (bradipsiquismo). Comum em pacientes com humor depressivo.

- **Agitação psicomotora:** Paciente apresenta pensamento acelerado (taquipsiquismo), além de hostilidade e heteroagressividade, sendo considerada uma emergência psiquiátrica (CORDIOLI, 2005). É comum em pacientes com mania, EQZ aguda e surto psicótico.

- **Acinesia (estupor):** Perda total da atividade motora espontânea, porém, não há alteração sensorial, consciência e estado vígil (CORDIOLI, 2005). Divide-se em: hipertônico (cataplexia) e hipotônico (flexibilidade cética). Ocorre na histeria, TDM e EQZ.

- **Inibição psicomotora:** Ausência de respostas motoras adequadas com acentuada lentificação psicomotora. Não há paralisia que justifique, sendo comum em casos mais graves de EQZ e TDM (CORDIOLI, 2005).

- **Estereotipias motoras:** Repetições automáticas, uniformes e involuntárias de um ator motor complexo. É bastante comum o movimento pendular do tronco. Ocorre principalmente na EQZ e TEA. Maneirismo é um subtipo de estereotipias (CORDIOLI, 2005).

- **Atos repetitivos, breves e intermitentes de contrações súbitas de um determinado grupo muscular.** Pode acontecer em casos de ansiedade, ao estímulo, estresse e nervosismo.

- **Alteração da marcha:** Marcha do paciente histérico, marcha do paciente deprimido, marcha na EQZ. Secundárias a psicofármacos: parkinsonismo, distonia aguda, acatisia, discinesia tardia, distonia e acatisia tardias (CORDIOLI, 2005).

## **Linguagem**

Refere-se a tudo aquilo que produz comunicação, de forma verbal ou não, sendo resultado do processo do ato de pensar (CHINEAUX, 2020). Os principais achados encontrados são:

- **Mutismo:** Silêncio deliberado - comum no estupor, depressão, EQZ e histeria.

- **Logorrea:** Velocidade acentuada da linguagem – por exemplo: mania, surto agudo de psicose, transtorno de ansiedade generalizada (TAG).

- **Repetição automática da última palavra do entrevistador - exemplo: EQZ catatônica.**

- **Mussitação:** Fala com voz sussurrada, quase inaudível - exemplo: EQZ catatônica e crônica.

- **Neologismo:** Palavras novas.

- **Oligolalia:** Expressão verbal diminuída - comum nos quadros depressivos.

- **Solilóquio:** Fala sozinho

- **Pararrespostas:** São respostas totalmente ilógicas em relação às perguntas.

## **Consciência de morbidade (insight)**

A consciência de morbidade se refere à compreensão que o indivíduo tem sobre o seu próprio estado de saúde. As dimensões da consciência de morbidade se referem ao reconhecimento, por parte do paciente, de que: (1) determinadas vivências ou comportamentos seus são anormais, (2) uma doença o está acometendo e (3) sua doença é mental e não física (CHINEAUX, 2020; CORDIOLI *et al.*, 2004; SADOCK *et al.*, 2017).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHENIAUX, E. Manual de Psicopatologia. Rio de Janeiro: Grupo GEN, p. 161, 2020.

CORDIOLI, A.V. Avaliação do paciente em psiquiatria: a entrevista psiquiátrica. Textos MED, 2005. Disponível em: <https://psiquiatriabh.com.br/wp-content/uploads/2015/01/Orientacoes-sobre-a-entrevista-psiquiatrica.pdf>. Acesso:

CORDIOLI, A.V. *et al.* Rotina de avaliação do estado mental. Consultado em, v. 4, 2004. Disponível em:

<https://www.studocu.com/pt-br/document/universidade-de-gurupi/psiquiatria/avaliacao-do-estado-mental-psiquiatria/17715816>. Acesso:

PORTO, C.C. Semiologia Médica, 8ª edição. Rio de Janeiro: Grupo GEN, p. 1226, 2019.

SADOCK, B.J. *et al.* Compêndio de psiquiatria. Porto Alegre: Grupo A, p. 192, 2017.