

ENTREVISTA CLÍNICA DE ENFERMAGEM E EXAME PSIQUIÁTRICO DO ESTADO MENTAL

(adaptado de Trzepacz e Baker, 2001, por Romão, 2011)

Utente:	Idade:
Instituição:	Serviço:
Diagnóstico:	ICD10:
Entrevistador:	Data:

Percentagem de assistência prestada pelo entrevistado: <25%; 25-50%; 50-75%; >75%

GUIÃO DE COLHEITA DE DADOS

História da doença actual:

Caracterização do(s) sintoma (nas palavras do doente – aferir significados): tipo? episódico ou recorrente?; frequência?; intensidade?; o que melhora e o que agrava (stressores)?; evolução – sequência ?; em que contexto(s)?; conteúdo (alucinações acústico-verbais; delírios)?; localização? (dentro da cabeça, fora do corpo...); sintomas vegetativos (alterações do sono? apetite e peso; nível de energia; variação diurna do humor; interesse e desempenho sexual); consequências da doença (familiar, social (problemas interpessoais, legais ou financeiros), educacional, trabalho, lazer, interesses); episódios anteriores e como se sentiu ao vivenciá-los?; tratamento actual?

Tratamentos e internamentos anteriores:

Foram prescritos medicamentos (nomes e dosagens)? Houve efeitos colaterais (especificar)? Ajudaram os tratamentos anteriores (especificar como)? Houve necessidade de internamento(s) (especificar onde, quando e como se sentiu)?

Antecedentes médicos e cirúrgicos:

Especificar problemas médicos e/ou cirúrgicos (indicando a respectiva idade em que ocorreram e se existem sequelas dos mesmos)

Antecedentes familiares:

Especificar problemas médicos e/ou psiquiátricos (indicando parentesco e a idade deste em que ocorreram)

Alergias/intolerâncias a alimentos, medicamentos ou outras substâncias:

Especificar problemas médicos e/ou psiquiátricos (indicando parentesco e a idade deste em que ocorreram)

Uso de substâncias: álcool, drogas, tabaco

Especificar tipo e padrão de consumo, perdas relacionadas com o consumo, insight para a dependência e motivação para a mudança.

História familiar:

Especificar: naturalidade, gravidez planeada, condições do contexto onde nasceu, com quem foi educado, tipo de relações familiares e como elas podem...

História académica:

Especificar: escolaridade (nº de anos), sucesso escolar, relacionamentos afectivos/amizades na escola/universidade...

História socioprofissional:

Especificar: formação profissional, empregos (ano e duração), conflitos laborais, situação profissional actual (duração), áreas onde se realiza mais, projectos actuais...

Esquema terapêutico actual:

Medicamento	Dose	Via	Posologia						Indicações (na perspectiva do doente)	Médico prescritor
			Jj	PA	A	L	J	D		
			Jj	PA	A	L	J	D		
			Jj	PA	A	L	J	D		
			Jj	PA	A	L	J	D		
			Jj	PA	A	L	J	D		
			Jj	PA	A	L	J	D		
			Jj	PA	A	L	J	D		
			Jj	PA	A	L	J	D		
			Jj	PA	A	L	J	D		
			Jj	PA	A	L	J	D		
			Jj	PA	A	L	J	D		
			Jj	PA	A	L	J	D		
			Jj	PA	A	L	J	D		
			Jj	PA	A	L	J	D		
			Jj	PA	A	L	J	D		
			Jj	PA	A	L	J	D		
<i>Antipsicótico IM depot</i>	Dose		Frequência						Indicações (na perspectiva do doente)	Médico prescritor

Efeitos colaterais:

Outros tratamentos não farmacológicos:

Tipo	Técnico	Referenciado por	Indicações (na perspectiva do doente)	Frequência	Eficácia (0 a 10) (na perspectiva do doente)
Estim./Reab. Cognitiva (Abordagem:)					
Treino de CPIIP (Abordagem:)					
Psicoterapia (Abordagem:)					
Terapia ocupacional (Abordagem:)					
Fisioterapia (Abordagem:)					
(Abordagem:)					
(Abordagem:)					
(Abordagem:)					
(Abordagem:)					

REVISÃO DE SISTEMAS

A	PELE	<i>Usar a codificação da esquerda</i>
	Alterações da cor	
	Prurido	
	Bolhas	
	Descamação	
B	FANERAS	
	Cabelo: queda ou outras alterações	
	Unhas: quebradiças ou outras alterações	
C	APARELHO CARDIOVASCULAR	<i>Usar a codificação da esquerda</i>
	Dor no peito, costas ou braços	
	Palpitações	
	Dispneia	
	Perda de conhecimento	
	Edemas	
	Claudicação intermitente	
	Varizes	
	Cianose	
	Hipertensão arterial	
	Nictúria	
D	APARELHO RESPIRATÓRIO	<i>Usar a codificação da esquerda</i>
	Tosse	
	Expectoração	
	Dispneia	
	Dores torácicas	
	Respiração sibilante	
E	APARELHO DIGESTIVO	<i>Usar a codificação da esquerda</i>
	Disfagia	
	Regurgitação	
	Náuseas	
	Vómitos	
	Dificuldades na digestão	
	Enfartamento	
	Dor abdominal	
	Obstipação	
	Diarreia	
	Alteração dos hábitos intestinais	
	Icterícia	
	Hemorragia digestiva	
F	SISTEMA HEMATOPOIÉTICO	<i>Usar a codificação da esquerda</i>
	Discrasia hemorrágica	
	Tromboses	
	Palidez	
	Icterícia	
	Adenopatias	
	Infecções frequentes	

REVISÃO DE SISTEMAS

G	APARELHO GENITURINÁRIO	<i>Usar a codificação da esquerda</i>
	Poliúria	
	Polaquiúria	
	Disúria	
	Hematúria	
	Corrimento	
	Dor abdominal ou lombar	
	Dor perineal	
	Emissão de cálculos	
	Modificação do jacto urinário	
	Alteração da cor da urina	
	Perturbação da actividade sexual (lívido, disfunção, dor)	
	Idade da menarca e da menopausa	
	Tipo de menstruações	
	Número de gravidezes	
	Abortos, partos e suas características	
	Doenças venéreas	
H	APARELHO LOCOMOTOR	<i>Usar a codificação da esquerda</i>
	Dores articulares	
	Artrite	
	Mialgias	
	Rigidez muscular ou articular	
	Fracturas	
I	SISTEMA NERVOSO	<i>Usar a codificação da esquerda</i>
	Cefaleias	
	Paralisias	
	Perturbações sensitivas (Dor, parestesias, anestésias)	
	Desequilíbrio	
	Perturbação da marcha	
	Disartria	
	Tremores	
	Descoordenação motora	
	Incontinência	
	Perturbação da sudação	
	Perdas de conhecimento	
	Vertigens	
	Diplopia	
J	ESTADO MENTAL	<i>Usar a codificação da esquerda</i>
	Ansiedade	
	Depressão	
	Insónia	
	Dificuldade de relacionamento	
	Disfunções sexuais	
	Alucinações	
	Instabilidade emocional	
	Ideias delirantes	
K	APARELHO OCULAR	<i>Usar a codificação da esquerda</i>
	Inflamações	
	Perturbações visuais	
	Diplopia	

REVISÃO DE SISTEMAS

L	ORL	<i>Usar a codificação da esquerda</i>
	Corrimento nasal	
	Epistaxe	
	Obstrução nasal,	
	Odinofagia	
	Rouquidão	
	Otorreia	
	Perturbação auditiva	

OBSERVAÇÕES:

ECD's relevantes:

Laboratoriais, funcionais, hemodinâmicos ou de imagem

ENTREVISTA DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

1. Padrão de percepção-controlo da saúde

- 1.1. Sentido/significado da saúde (física, psicológica, social e espiritual)
- 1.2. Descrição do estado de saúde (físico, psicológico, social e espiritual)
- 1.3. Promoção da saúde: alimentos e líquidos, exercício, estilo de vida e hábitos, controlo do stresse
- 1.4. Protecção da saúde:
 - 1.4.1. programas de rastreio,
 - 1.4.2. vacinação, visitas a profissionais dos CSP,
 - 1.4.3. exercício físico e repouso,
 - 1.4.4. factores económicos
- 1.5. Conhecimento e prática dos vários tipos de autoexame:
 - 1.5.1. mamas e/ou testículos,
 - 1.5.2. avaliação da tensão arterial,
 - 1.5.3. glicemia capilar,
 - 1.5.4. colesterolémia capilar,
 - 1.5.5. outros
- 1.6. Comportamentos de prevenção/controlo de problemas de saúde:
 - 1.6.1. dieta,
 - 1.6.2. exercício,
 - 1.6.3. medicamentos (dose, via, posologia – prescritos e não prescritos),
 - 1.6.4. outros tratamentos não farmacológicos
- 1.7. História médico-cirúrgica, psiquiátrica e internamentos (ver atrás)
- 1.8. História familiar médica e psiquiátrica (ver atrás)
- 1.9. Factores de risco relativos à saúde, por exemplo, história familiar, estilo de vida e/ou hábitos, pobreza
- 1.10. Dados relevantes do EF (exame físico): completo

2. Padrão nutricional-metabólico

- 2.1. Número habitual de refeições e lanches/dia, especificando: horários e características das refeições (tipos e quantidades de alimentos e líquidos)
- 2.2. Diário alimentar nas 24 horas ou história alimentar nos últimos 3 dias
- 2.3. Hábitos de compras e preparação de refeições
- 2.4. Satisfação com o peso
- 2.5. Influências sobre escolhas alimentares, por exemplo:
 - 2.5.1. religiosas,
 - 2.5.2. étnicas,
 - 2.5.3. culturais,
 - 2.5.4. económicas
- 2.6. Percepções das necessidades metabólicas
- 2.7. Factores relacionados, por exemplo, atividade, doença, stresse
- 2.8. Factores de ingestão: apetite, desconforto, paladar e olfato, dentes, mucosa oral, náuseas ou vômito, restrições alimentares, alergias alimentares
- 2.9. História de problemas físicos e/ou psicológicos relacionados
- 2.10. Dados relevantes do EF: avaliação global, pele, cabelos, unhas e abdómen

3. Padrão de eliminação

- 3.1. Padrão de eliminação vesical: frequência, quantidade, cor, odor, desconforto, nictúria, controlo de esfíncteres, quaisquer mudanças
- 3.2. Padrão de eliminação intestinal: regularidade, cor, quantidade, consistência, desconforto, controlo de esfíncteres, quaisquer mudanças
- 3.3. Crenças de saúde/culturais que influenciam o padrão de eliminação
- 3.4. Nível de autocuidado: higiene íntima, higiene
- 3.5. Medicamentos e dispositivos de apoio à eliminação:
 - 3.5.1. enemas,
 - 3.5.2. saco de ostomia,
 - 3.5.3. fraldas
- 3.6. Intervenções autoiniciadas para a prevenção de cistites, obstipação/diarreia
- 3.7. Intervenções autoiniciadas para controlo da incontinência (vesical/intestinal)
- 3.8. História de problemas físicos e/ou psicológicos relacionados
- 3.9. Dados relevantes do EF: abdómen, genitais, próstata, períneo (pele e mucosas)

1. Padrão de percepção-controlo da saúde

Dados da entrevista (usar a codificação da esquerda):

Instrumentos de diagnóstico validados utilizados (designação e resultados):

Diagnósticos de enfermagem (CIPE/NANDA):

2. Padrão nutricional-metabólico

Dados da entrevista (usar a codificação da esquerda):

Instrumentos de diagnóstico validados utilizados (designação e resultados):

Diagnósticos de enfermagem (CIPE/NANDA):

3. Padrão de eliminação

Dados da entrevista (usar a codificação da esquerda):

Instrumentos de diagnóstico validados utilizados (designação e resultados):

Diagnósticos de enfermagem (CIPE/NANDA):

4. Padrão de actividade-exercício

- 4.1. Actividades da vida diária (AVD's)
- 4.2. Exercício físico: tipo, local, frequência, duração, intensidade
- 4.3. Actividades de lazer
- 4.4. Crenças sobre a actividade/exercício
- 4.5. Capacidade para autocuidado (independente, dependente ou necessidade de assistência de pessoas ou dispositivos): alimentar-se, vestir/despir-se, banhar-se, higiene íntima...
- 4.6. Dispositivos de apoio: bengala, andarilho, prótese, rebordos de prato, cabos reforçados...
- 4.7. Factores relacionados, por exemplo, autoconceito
- 4.8. História de problemas físicos e/ou psicológicos relacionados
- 4.9. Dados relevantes do EF: respiratórios, cardiovasculares, musculoesqueléticos, neurológicos

4. Padrão de actividade-exercício

Dados da entrevista (usar a codificação da esquerda):

Instrumentos de diagnóstico validados utilizados (designação e resultados):

Diagnósticos de enfermagem (CIPE/NANDA):

5. Padrão de sono-reposo

- 5.1. Hábitos normais de sono:
 - 5.1.1. número de horas,
 - 5.1.2. horário de dormir e despertar,
 - 5.1.3. rituais para dormir,
 - 5.1.4. ambiente de sono,
 - 5.1.5. sono reparador
- 5.2. Crenças culturais relativas aos sono e ao repouso
- 5.3. Uso de auxiliares do sono: medicamentos, sons de relaxamento
- 5.4. Repouso e relaxamento com horário programado
- 5.5. Sintomas de padrão de sono comprometido
- 5.6. Factores relacionados, por exemplo, dor
- 5.7. História de problemas físicos e/ou psicológicos relacionados
- 5.8. Dados relevantes do EF: avaliação global

5. Padrão de sono-reposo

Dados da entrevista (usar a codificação da esquerda):

Instrumentos de diagnóstico validados utilizados (designação e resultados):

Diagnósticos de enfermagem (CIPE/NANDA):

6. Padrão cognitivo-perceptivo

- 6.1. Qualidade dos sentidos: acuidade visual e auditiva, paladar, tacto e olfacto
- 6.2. Auxílio aos sentidos: óculos, próteses auditivas
- 6.3. Mudanças recentes nos sentidos
- 6.4. Percepção de conforto/dor
- 6.5. Crenças culturais referentes à dor
- 6.6. Auxílios para aliviar o desconforto
- 6.7. Escolaridade (nº de anos) e sucesso escolar
- 6.8. Capacidade para tomar decisões
- 6.9. História de problemas psicológicos, físicos e/ou do desenvolvimento
- 6.10. Dados relevantes do EF: avaliação global, neurológicos

6. Padrão cognitivo-perceptivo

Dados da entrevista (usar a codificação da esquerda):

Instrumentos de diagnóstico validados utilizados (designação e resultados):

Diagnósticos de enfermagem (CIPE/NANDA):

7. Padrão de autopercepção-autoconceito

- 7.1. Identidade pessoal:
 - 7.1.1. descrição do self,
 - 7.1.2. pontos fortes e fracos (fraquezas/vulnerabilidades)
- 7.2. Self físico:
 - 7.2.1. todas as preocupações sobre o corpo,
 - 7.2.2. preferências/coisas de que não gosta
- 7.3. Self social:
 - 7.3.1. situação familiar,
 - 7.3.2. profissão,
 - 7.3.3. grupos sociais em que está envolvido
- 7.4. Autoestima: sentimentos sobre si mesmo
- 7.5. Ameaças ao autoconceito, por exemplo, doença, mudanças nos papéis, história de problemas físicos e/ou psicológicos relacionados
- 7.6. Dados relevantes do EF: avaliação global

8. Padrão de papel-relacionamento

- 8.1. Descrições dos papéis com: família, amigos, colegas de trabalho
- 8.2. Satisfação/insatisfação com papéis desempenhados
- 8.3. Efeito da condição de saúde sobre o desempenho desses papéis
- 8.4. Importância da família
- 8.5. Estrutura e apoio da família
- 8.6. Processos familiares de tomada de decisão
- 8.7. Problemas e/ou preocupações familiares
- 8.8. Padrões de educação dos filhos
- 8.9. Relações com os outros
- 8.10. Relações significativas
- 8.11. História de problemas físicos e/ou psicológicos relacionados
- 8.12. Dados relevantes do EF: avaliação global

9. Padrão da sexualidade-reprodução

- 9.1. Preocupações ou problemas sexuais
- 9.2. Descrição do comportamento sexual, por exemplo, idade de início do relacionamento sexual e em que circunstâncias, práticas de sexo seguro
- 9.3. Conhecimentos relativos à sexualidade e reprodução
- 9.4. Impacto do estado de saúde na sexualidade-reprodução
- 9.5. História menstrual e reprodutiva
- 9.6. História de problemas físicos e/ou psicológicos relacionados
- 9.7. Dados relevantes do EF: avaliação global, mamas, genitais, períneo.

7. Padrão de autopercepção-autoconceito

Dados da entrevista (usar a codificação da esquerda):

Instrumentos de diagnóstico validados utilizados (designação e resultados):

Diagnósticos de enfermagem (CIPE/NANDA):

8. Padrão de papel-relacionamento

Dados da entrevista (usar a codificação da esquerda):

Instrumentos de diagnóstico validados utilizados (designação e resultados):

Diagnósticos de enfermagem (CIPE/NANDA):

9. Padrão da sexualidade-reprodução

Dados da entrevista (usar a codificação da esquerda):

Instrumentos de diagnóstico validados utilizados (designação e resultados):

Diagnósticos de enfermagem (CIPE/NANDA):

10. Padrão de coping-tolerância ao stresse

- 10.1. Natureza e descrição dos actuaisstressores
- 10.2. Nível de stresse percebido
- 10.3. Descrição das reacções gerais e específicas ao estresse
- 10.4. Estratégias normais de controlo do estresse e sua eficácia
- 10.5. Mudanças e perdas de vida
- 10.6. Estratégias de enfrentamento normalmente utilizadas
- 10.7. Controlo percebido sobre os acontecimentos
- 10.8. Conhecimento e uso de técnicas de controlo do stresse
- 10.9. Relação do controlo do stresse com a dinâmica familiar
- 10.10. História de problemas físicos e/ou psicológicos relacionados
- 10.11. Dados relevantes do EF: avaliação global.

11. Padrão de valores-crenças

- 11.1. Antecedentes culturais/étnicos
- 11.2. Comportamentos de saúde em relação ao grupo cultural/étnico
- 11.3. Metas/objectivos de vida
- 11.4. O que é importante para o cliente e/ou família (o que vale a pena ser vivido)
- 11.5. Importância da religião/espiritualidade
- 11.6. Impacto dos problemas de saúde na espiritualidade
- 11.7. Dados relevantes do EF: avaliação global.

10. Padrão de coping-tolerância ao stresse

Dados da entrevista (usar a codificação da esquerda):

Instrumentos de diagnóstico validados utilizados (designação e resultados):

Diagnósticos de enfermagem (CIPE/NANDA):

11. Padrão de valores-crenças

Dados da entrevista (usar a codificação da esquerda):

Instrumentos de diagnóstico validados utilizados (designação e resultados):

Diagnósticos de enfermagem (CIPE/NANDA):

Observações:

EXAME DO ESTADO MENTAL

1. Aspecto, atitude e actividade

- 1.1. Características físicas:
 - 1.1.1. Raça
 - 1.1.2. Cor da pele
 - 1.1.3. Sexo
 - 1.1.4. Outras: tatuagens; marcas de agulhas; cicatrizes de tentativas suicídio anteriores (na face anterior do antebraço); lesões cutâneas ou áreas despigmentadas; marcas faciais pouco comuns (sinais); (deformidades físicas: escoliose acentuada, lordose acentuada, amputação); bruxismo; tosse; sibilos...
- 1.2. Idade cronológica e aparente:
 - 1.2.1. Coincidente com idade cronológica¹
 - 1.2.2. Superior à idade cronológica
 - 1.2.3. Inferior à idade cronológica
- 1.3. Estado de consciência (podem ser usados: teste da parede ou do papel em branco; teste do globo ocular)
 - 1.3.1. Vígil
 - 1.3.2. Hipervígil/hiperalerta
 - 1.3.3. Sonolento
 - 1.3.4. Letárgico
 - 1.3.5. Obnubilado
 - 1.3.6. Estuporoso
 - 1.3.7. Comatoso
 - 1.3.8. Estado vegetativo persistente
- 1.4. Atenção durante a entrevista:
 - 1.4.1. Atento e disponível
 - 1.4.2. Distractibilidade (avaliar cuidadosamente em secção própria)
 - 1.4.3. Revela/manifesta preocupação interna
- 1.5. Contacto com o olhar:
 - 1.5.1. Mantém bom contacto ocular como adequado na sua cultura e no contexto;
 - 1.5.2. Evita o contacto ocular
 - 1.5.3. Olhar frequente para baixo
 - 1.5.4. Olha em várias direcções (comportamento sugestivo de alucinações visuais ou auditivo-verbais)
- 1.6. Expressão facial: fácies triste, alegre, zangado, aborrecido, irritado, desgostoso, ansioso, confuso, de dor, de perplexidade,
- 1.7. Atitude em relação à entrevista de avaliação inicial:
 - 1.7.1. Colaborante
 - 1.7.2. Não colaborante
 - 1.7.3. Hostil
 - 1.7.4. Retraído
 - 1.7.5. Desconfiado
 - 1.7.6. Regressivo
- 1.8. Actividade motora:
 - 1.8.1. Actividade motora dentro dos parâmetros normais adequados à idade, condição física e expressão emocional, sem perturbação/ões do movimento;
 - 1.8.2. Alterações do movimento²
 - 1.8.2.1. Hiperactividade
 - 1.8.2.1.1. Acatisia (sensação subjectiva descrita do doente: inquietação motora)
 - 1.8.2.1.2. Agitação
 - 1.8.2.1.3. Agressividade
 - 1.8.2.2. Bradicinesia (muitas vezes acompanhada de fácies amímicó ou em máscara)
 - 1.8.2.2.1. Acinesia (tendência para a falta de movimento com força muscular intacta)
 - 1.8.2.2.2. Hipocinesia (manifestação menos intensa):
Abulia (diminuição da actividade provocada por incapacidade ou falta de força para executar uma acção, apesar do desejo de o fazer; não relacionada com estados depressivos)
Apatia/inibição depressiva (diminuição da actividade provocada por falta de desejo de a fazer; relacionada com estados depressivos)
 - 1.8.2.3. Imobilidade absoluta (catatonia)
 - 1.8.2.4. Diminuição dos movimentos acessórios
 - 1.8.2.5. Marcha festinante (*petitpas*)
 - 1.8.2.6. Inquietação
 - 1.8.2.7. Agitação psicomotora
 - 1.8.3. Tremor
 - 1.8.3.1. Tremor de repouso
 - 1.8.3.2. Tremor postural e de acção (ausentes em repouso iniciam-se em acção)
 - 1.8.3.3. Tremor intencional (desenvolvem-se quando se pede para iniciar acção específica: tocar alternadamente na ponta do nariz e na ponta do dedo do examinador)
 - 1.8.4. Movimentos coreoatetóides
 - 1.8.4.1. Movimentos atetóides (lentos e tortuosos: ondulações, reptações de língua, face ou extremidades)
 - 1.8.4.2. Movimentos coreiformes (mais rudes e sacudidos)

1. Aspecto, atitude e actividade

¹Obtida em fonte credível: documento de identificação

²Ter presente Efeitos Extrapiramidais: [sistema extrapiramidal: elementos do cerebelo, gânglios basais, e tronco cerebral (medula oblongata) onde se encontram as vias do movimento, tónus e postura e as estruturas centrais (involuntárias)] tremor, bradicinesia, roda dentada, paratonia (rigidez muscular difusa), distonia e acatisia.

- 1.8.4.3. Hemibalismos (à direita ou à esquerda)
- 1.8.4.4. Discinesia tardia (face, sobretudo boca e língua)
- 1.8.5. Distonias (movimentos sustidos por mais tempo que os coreoatetóides)
 - 1.8.5.1. Agudas (pontuais): crises oculógiras, torcicolo, opistótono
 - 1.8.5.2. Crónicas³ (reversíveis, mas recorrentes): blefaroplasmo (enceramento espasmódico e repetido das pálpebras)
- 1.8.6. Movimentos automáticos (ou automatismos involuntários, inconscientemente iniciados, simples ou complexos, sem finalidade, por vezes bizarros; a consciência está habitualmente alterada na actividade automática, o doente não responde a estímulos ou está confuso algum tempo depois de terminado o movimento automático; o doente não se recorda do movimento, mas poderá recordar-de depois de descrito o movimento)Exemplos: mastigar, lambe, estalar os lábios, puxar roupa, andar de quarto para quarto...
- 1.8.7. Tiques (movimentos ou vocalizações involuntárias, simples ou complexos, repetidos e não evitáveis)Exemplos: pigarrear, piscar olhos, fazer caretas, movimentos espasmódicos das extremidades, palilalia, ecolalia, coprolalia⁴...
- 1.8.8. Comportamento estereotipado/estereotipa: comportamentos não volitivos, repetidos mais complexos que os tiques, sem alterações do estado de consciência
- 1.8.9. Maneirismos (correspondem à forma consistente, característica, particular, aparentemente intencional e altamente estilizada com que os doentes fazem as coisas; podem ser exagerados, até bizarros; apresentam-se sob controlo voluntário e não se acompanham de alterações do estado de consciência)
- 1.8.10. Compulsões (actos estereotipados que acompanham as obsessões; são indesejadas e egodistónicas; a sua supressão voluntária é ansiogénica)Exemplos: idiossincráticos (descrever), cleptomania, piromania, tricotilomania, necrofilia, pedofilia, ninfomania, dom-joanismo...
- 1.8.11. Outras anomalias motoras:
 - 1.8.11.1. Perseveração motora e verbigeração
 - 1.8.11.2. Fixação de posturas: catatonia
 - 1.8.11.3. Ecopraxia
 - 1.8.11.4. Catalepsia ou flexibilidade cêrea
- 1.8.12. Expressão emocional (observar atentamente e registar qualquer alteração relacionada com o movimento: chora, ri e bate no peito repetidamente)

2. Humor⁵ e emoções⁶

- 2.1. Doente alexitímico: apresentando incapacidade persistente e consistente de verbalmente exprimir e reconhecer as suas emoções ou sentimentos
- 2.2. Humor
 - 2.2.1. Humor tendencialmente eufímico durante a entrevista
 - 2.2.2. Irado (furioso, hostil, impaciente, irascível, irritado, teimoso)
 - 2.2.3. Eufórico (extasiado, frívolo, jovial, elação de humor na euforia/mania)
 - 2.2.4. Apático (embotado, monótono, apagado)
 - 2.2.5. Disfórico (desanimado, desencorajado, sem esperança, inútil, triste, abatido, com remorsos)
 - 2.2.6. Apreensivo (ansioso, assustado, tenso, preocupado)
- 2.3. Emoções
 - 2.3.1. Expressão emocional congruente com o contexto conversacional desenvolvido durante a entrevista
 - 2.3.2. Parâmetros de avaliação do estado emocional:
 - 2.3.2.1. Congruência
 - 2.3.2.1.1. Apropriado, congruente (com o estado de humor e contexto conversacional)
 - 2.3.2.1.2. Inapropriado, incongruente
 - 2.3.2.2. Intensidade
 - 2.3.2.2.1. Normal
 - 2.3.2.2.2. Embotado, exagerado, apagado, aumentado, excessivamente dramático
 - 2.3.2.3. Amplitude
 - 2.3.2.3.1. Amplitude total
 - 2.3.2.3.2. Amplitude restringida
 - 2.3.2.3.3. Mobilidade (taxa de variação durante a entrevista, directamente relacionada com a intensidade e amplitude)
 - 2.3.2.3.4. Móvel/dinâmico
 - 2.3.2.3.5. Restringido (ao tipo, ex: disfórico, irado, ...), fixo, imóvel, lábil (com/sem choro fácil)
 - 2.3.2.4. Reactividade
 - 2.3.2.4.1. Reactivo, responsivo
 - 2.3.2.4.2. Não reactivo, não responsivo

2. Humor e Emoções

³As distoniasfixas referem-se às alterações irreversíveis da postura

⁴Estas 3 últimas mais relacionadas com a doença de La Tourette

⁵Conjunto interno de emoções predominantes de uma pessoa num determinado momento; deve ser descrito subjectivamente pelo doente ou encarado como um estado emocional consistente e relativamente mantido.

⁶São a manifestações externa e dinâmica do estado afectivo interno do indivíduo; são avaliadas quanto ao: tipo, intensidade, extensão, variabilidade e grau de congruência com o contexto da conversação; devem ser descritas pelas manifestações objectivas ou encaradas como a expressão momentânea de cada sentimento.

3. Discurso e Linguagem

- 3.1. Antes da avaliação da linguagem verificar: visão, audição, força muscular e coordenação.
- 3.2. A avaliação da linguagem não revela alterações aos níveis da: fluência do discurso, repetição, compreensão, nomeação, escrita, leitura, prosódia e qualidade do discurso
- 3.3. Fluência do discurso (incluem-se as afasias e outras)
 - 3.3.1. Discurso fluente: 100 a 150 palavras por minuto, fluído, sem pausas, não eliminando as conjunções/ligações das frases, sem predomínio de declarações exclamativas, sem alterações da articulação/dicção das palavras.
 - 3.3.2. Perturbações não fluentes
 - 3.3.2.1. Compreensão e repetição intactas: afasia transcortical motora
 - 3.3.2.2. Compreensão intacta e repetição alterada: afasia de Broca
 - 3.3.2.3. Compreensão e repetição alteradas: afasia global
 - 3.3.2.4. Outras perturbações não fluentes (não afásicas): gaguez; titubear; discurso sincopado (alcooolismo)
 - 3.3.3. Perturbações fluentes
 - 3.3.3.1. Compreensão e repetição intactas: afasia anómica (alteração da nomeação)
 - 3.3.3.2. Compreensão intacta e repetição alterada: afasia de condução
 - 3.3.3.3. Compreensão alterada e repetição intacta: afasia transcortical sensorial
 - 3.3.3.4. Compreensão e repetição alteradas: afasia de Wernicke
- 3.4. Dificuldade em encontrar palavras - se presente especificar a presença de:
 - 3.4.1. Anomia ou disnomia (distinguir sempre da agnosia e da apraxia)
 - 3.4.2. Circunlocoções (falar à volta da palavra pretendida)
 - 3.4.3. Afasia nominal ou anómica (tipo de afasia fluente: o doente não consegue nomear objecto espontaneamente ou quando confrontado, mas possui certa compreensão do mesmo; com ou sem insight)
- 3.5. Repetição (de palavras monossilábicas e polissilábicas e de frases de sintaxe complexa)
 - 3.5.1. Intacta e preservada
 - 3.5.2. Alterada por: perseveração do pensamento/actividade, sarcasmo do episódio maníaco, deficit de atenção e concentração, verbigeração, palilalia, ecolalia...
- 3.6. Compreensão (escrita e falada: testada para comandos de 1, 2 e 3 passos)
 - 3.6.1. Intacta e preservada
 - 3.6.2. Alterada para o pensamento: abstracto (“defina paz, justiça, verdade e amor”) e/ou concreto (“para que serve um garfo?”)
- 3.7. Nomeação (especificar se: foi testada para as modalidades visual, táctil ou auditiva; por confrontação; foram dadas pistas fonéticas)
 - 3.7.1. Exemplos de testes: Teste de nomeação de Boston; Figura do Roubo das Bolachas (nomeação de objectos e acções) do exame Diagnóstico da Afasia de Boston (sugeridos por Trzepacz e Baker, 2001)
- 3.8. Escrita (atenção: visão intacta; grau de escolaridade)
 - 3.8.1. Exemplos de testes: solicitar a escrita de narrativas espontâneas, sugeridas (descrever passatempo favorito) ou ditadas (durante não mais de 2 minutos); solicitar também cópia de frases (sugeridos por Trzepacz e Baker, 2001)
 - 3.8.2. Pesquisar disgrafia (por defeito motor ou linguístico): erros de gramática (ausência de palavras conectivas), ortografia (perseveração de determinadas letras “mmmmãe”; omissão de letras não fonéticas), caligrafia (atenção à mão dominante e ao facto de estar ou não parética; presença de micro- ou hipergrafia), semântica (substituição de palavras inteiras por outras “casa” por “tigre” e erros parafrásicos).
- 3.9. Leitura (testar as duas: em voz alta e silêncio)
 - 3.9.1. Exemplos de testes (ajustar material escolhido à idade, escolaridade e capacidade visual): excertos de jornais e revistas
 - 3.9.2. A leitura em voz alta testa sobretudo se o sistema de produção fonológica está intacto e pode estar dissociada da leitura em silêncio (sendo este último aquele que é compreendido); especificar aquela em que ocorre a compreensão efectiva
 - 3.9.3. As dificuldades na leitura podem também estar dissociadas das dificuldades da escrita, podendo ocorrer alexia com agrafia (os doentes escrevem com significado, mas são incapazes de o ler)
- 3.10. Prosódia (velocidade, ritmo e acentuação do discurso e sua relação com o significado das frases; adiciona a dimensão emocional à conversação)
 - 3.10.1. Adequada ao contexto da entrevista
 - 3.10.2. Alterações:
 - 3.10.2.1. Velocidade: pressão de discurso (não acompanhada habitualmente de altura e intensidade; nos doentes maníacos habitualmente loquazes com pensamento acelerado pode estar presente fuga de ideias), aumento do tempo de latência das respostas (hesitações, dificuldade em iniciar frases),
 - 3.10.2.2. Ritmos ou cadências invulgares: sugestivos de titubeio ou de outras não fluências (atenção às diferenças regionais, às idiosincrasias do autismo e às debilidades);
 - 3.10.2.3. Entoação (contribui para a musicalidade do discurso): discurso monocórdico (sem vivacidade, energia e interesse pelo conteúdo que expõe), denunciadora de sarcasmo (acentuar a palavra esperto na frase “és mesmo esperto”)
- 3.11. Qualidade do discurso
 - 3.11.1. Sem alterações
 - 3.11.2. Avalia-se pela quantidade, altura, fonação, curva emocional, articulação e espontaneidade:
 - a) Quantidade: varia da escassez o excesso de fala; pessoas loquazes habitualmente são maníacas, ansiosas ou tentam controlar entrevista; mutismo;

- b) Altura: levanta a voz, grita, usa expressões injuriosas em voz alta, voz sussurrada (atenção aos tiques vocais, ao esforço e tremor do discurso sugestivo de EEP)
 - c) Fonação: afonia, rouquidão, hipernasalidade ou outras alterações da ressonância (por alterações morfológicas ou funcionais da cavidade oral e palato)
 - d) Curva emocional: masculina ou feminina; adequada ou inadequada à idade (infantilizada, envelhecida)
 - e) Articulação: presença de disartria (espástica, flácida, atáxica, hipo- ou hipercinética) (atenção ao dialecto que afecta a pronúncia e a articulação)
 - f) Espontaneidade: diminuída (por hesitação em contexto paranoide, por inibição em contexto depressivo ou por limitações cognitivas), desejo de falar aumento (fazendo-o loquazmente)
- 3.11.3. Alterações: assimetrias das maçãs do rosto ou das commissuras labiais, protrusão da língua (descentrada da linha média, com movimentos co-reiformes), disartria (por ausência de peças dentárias ou não), dificuldades em respirar e cansaço fácil, rouquidão, alterações da curva entoacional e altura (volume), loquacidade ou pobreza de discurso, mutismo; aprosódia (perda completa do discurso prosódico com diminuição da gesticulação, difere da alexitima)
- 3.11.4. Exemplos de testes: para a articulação pedir a repetição de frases sem a habitual estrutura gramatical (“sem mas, nem meio mas”, “episcopado metodista”) (sugeridos por Trzepacz e Baker, 2001)

4. Alterações formais do pensamento, conteúdo e percepção

4. Alterações formais do pensamento, conteúdo e percepção

4.1. Processo de pensamento⁷ (fluxo e organização):

- 4.1.1. Alterações da conexão e da organização do pensamento⁸:
 - 4.1.1.1. Circunstancialidade: discurso digressivo, excessivamente pormenorizado, regressa ao tema original, com sentido;
 - 4.1.1.2. Tangencialidade: discurso digressivo, excessivamente pormenorizado, não regressa ao tema original, mas as digressões e tangentes fazem sentido;
 - 4.1.1.3. Fuga de ideias: muitas associações tangenciais (em cada uma ou duas frases); associações lógicas entre frases, mas o tema muda constantemente;
 - 4.1.1.4. Afrouxamento das associações: muitas associações tangenciais (em cada uma ou duas frases); associações lógicas entre frases empobrecida, o tema muda rápida e frequentemente.
 - 4.1.1.5. Salada de palavras: forma extrema de afrouxamento de associações; o discurso pode ser fluente e prosódico;
 - 4.1.1.6. Incoerência: discurso ininteligível devido a afrouxamento grave das associações, má articulação (disartria) ou ambos;
- 4.1.2. Outras alterações específicas do processo de pensamento
 - 4.1.2.1. Bloqueio de pensamento: pausa óbvia e inesperada entre frases que de outro modo seriam fluentes;
 - 4.1.2.2. Preservação: repetição involuntária de uma actividade verbal ou motora
 - 4.1.2.3. Associações por sonoridade: palavras ou frases associadas pelo som, mas não pelo significado;
 - 4.1.2.4. Neologismos: palavras novas e idiossincráticas inventadas pelo doente;
 - 4.1.2.5. Ecolalia: repetição de palavras ou frases feitas pelo examinador (eventualmente mais do uma vez); frases produzidas espontaneamente são escassas e inexistentes.

4.2. Conteúdo do pensamento⁹:

4.2.1. Alterações do conteúdo do pensamento

- 4.2.1.1. Delírio
 - 4.2.1.1.1. Paranóides: persecutórios; de grandeza ou grandiosidade de ruína ou pobreza
 - 4.2.1.1.2. Sintomas scheiderianos (Sintomas de Kurt Schneider ou de primeira ordem):
 - a) Sensação de ser controlado por forças exteriores (experiências controlo ou passividade)
 - b) Difusão do pensamento (os pensamentos deixaram ser privados)
 - c) Inserção do pensamento (pensamento alheio foi colocado na mente)
 - d) Roubo do pensamento (pensamentos perdidos ou roubados por força exterior)
 - e) Certas vivências alucinatórias que incluem ordens ou comentários sobre os actos
 - 4.2.1.1.3. Erotomania (pessoa geralmente importante apaixonada pelo próprio)
 - 4.2.1.1.4. De ciúme
 - 4.2.1.1.5. De identificação (falsa identificação; pode ser selectivo) ou paramnésia de duplicação
 - 4.2.1.1.6. Somáticos (Ex: tenho um braço partido; tenho cobras no coração); os delírios somáticos plausíveis podem ser chamados hipocondríacos;
 - 4.2.1.1.7. Niilistas (Ex: o corpo está morto; sexo ou raça alterados; genitais roubados)
 - 4.2.1.1.8. De referência (atribuição a estímulos neutros significados especiais referidos ao próprio)

⁷Ilustrar sempre com exemplos do discurso do doente

⁸Acrescentar a (in)capacidade do doente: compreender ordens simples, nomear, repetir, ler e escrever.

⁹Ilustrar sempre com exemplos do discurso do doente

- 4.2.1.1.9. Negação delirante (Ex: rejeição pelos doentes delirantes da evidência de que os seus delírios não são verdadeiros; não leva a minha mãe, ela não pode estar morta)
- 4.2.1.1.10. Bizarros (Ex: nasci em Marte, fui trazido para a Terra há 3222 anos); normalmente usa-se a palavra bizarro associada a outro tipo de delírio (persecutório que pode ser bizarro (seguido pela CIA) ou não)
- 4.2.1.1.11. Congruentes com o humor: o conteúdo do delírio está de acordo com o estado emocional do doente (o doente maníaco que acredita ser multimilionário e super atraente para as enfermeiras e outras mulheres);
- 4.2.1.1.12. Incongruentes com o humor (Ex: a difusão do pensamento num doente deprimido – sinal de mau prognóstico)
- 4.2.1.1.13. Estáveis ou sistematizados (quando o doente consegue discutir todos os assuntos no contexto do seu sistema delirante; mais frequentes nas situações crónicas)
- 4.2.1.1.14. Instáveis ou não sistematizados (mais frequentes nos estados orgânicos transitórios ou no início de uma crise psicótica)
- 4.2.1.1.15. Impacto emocional e comportamental: se presente embotamento afectivo evidencia-se uma pequena resposta emocional às suas convicções delirantes; poderão ser aterradores; poderão colocar em perigo terceiros (respondem violentamente a uma suposta ameaça) ou do próprio (comportamentos de risco por falsa ideia de imortalidade; automutilações por delírios somáticos; suicídio por delírios niilistas)
- 4.2.1.2. Convicções quase delirantes:
 - a) Ideias sobrevalorizadas (ideias estranhas defendidas firmemente, mas não suficientemente absurdas, ilógicas ou inabaláveis para terem a designação de delirantes)
 - b) Pensamento mágico (ilógico e que dá mais importância aos acontecimentos que à realidade)
- 4.2.1.3. Obsessões (focar conteúdo, frequência e impacto na vida quotidiana): pensamentos (palavra, expressões, temas recorrentes...) intrusivos, indesejados (egodistónicos ou estranhos ao eu) e desagradáveis (na maioria das vezes persistentes e frequentes) que não conseguem ser suprimidos pela vontade do doente; mais frequentes no doentes cujo pensamento geral é rígido, estereotipado e repetitivo, nos que são exigentes, perfeccionistas e muito preocupados com o tempo e naqueles que remodelam frequentemente o ambiente; podem ser concomitantes com compulsões; o doente apercebe-se que as obsessões são descabidas ou despropositadas, mas não consegue suprimi-las ou ignorá-las; distinguem-se dos delírios pela presença de insight (se não forem reconhecidos como estranhos ou egodistónicos não são obsessões); diferem das preocupações que são apenas um retorno constante e desadequado a um tema (geralmente exprimem-se durante a conversa por um regresso persistente a esse tema: a saúde, o aspecto físico, dinheiro, amor, sexo, os sintomas psiquiátricos...)
- a) Ruminativas ou mentais: pensamentos moídos continuamente sem qualquer resolução (significado da vida; destino da humanidade...)
- b) De dúvida: os doentes não conseguem parar de pensar sobre uma decisão que foi ou tem de ser tomada; são incapacitantes
- c) Inibitórias: ideias violentas (violar ou envenenar outros); os doentes não têm o impulso real para cometer estes crimes, têm antes repetidamente medo de cometer tais actos
- 4.2.2. Fobias (descrever situação idiossincrática desencadeante (estímulo fóbico), sintomas associados e impacto na vida quotidiana; fazer teste à realidade para assegurar que não existe actividade delirante ou que não há um perigo real): medo de um objecto ou situação que não representa um perigo real; o doente reconhece intelectualmente que não há razão para o seu medo, mas isto não previne a sua resposta emocional ao medo;
 - 4.2.2.1. Agorafobia: medo de espaços abertos, lugares públicos (fechados ou abertos)
 - 4.2.2.2. Fobia social: medo da humilhação pública (Ex: associada ao falar em público; medo de corar; medo de desmaiar...)
 - 4.2.2.3. Fobia simples: abrangem todos os sintomas desencadeados por determinado estímulo fóbico (Ex: aranhas, cães; viajar de avião...)
- 4.2.3. Ideação paranóide (desconfiança e reticência¹⁰ irracionais, não necessariamente em proporções delirantes, por vezes acompanhadas de grandiosidade)
- 4.2.4. Ideação violenta (suicida e/ou homicida):
 - 4.2.4.1. Perguntar: tem havido alturas em que este problemas são um fardo demasiado pesado para si?; alguma vez deu consigo a pensar que estaria melhor se estivesse morto?; parece-lhe que a vida deixou de ter qualquer sentido; sente-se como se a vida já não valesse a pena ser vivida?; alguma vez desejou morrer?; fez planos para pôr termo à sua vida?

¹⁰Hostilidade e resistência na discussão de assuntos pessoais, muitas vezes acompanhada de desconfiança e evidência de hipervigilância física.

- 4.2.4.2. Auto-mutilação (cortes, queimaduras, auto-rapar o cabelo...) sem intenção de morrer com o intuito de manipular relações interpessoais ou para contrariar sentimentos de desrealização
- 4.2.4.3. Especificar se o doente é: activamente suicida; activamente homicida
- 4.2.5. Pobreza do pensamento ou pobreza do discurso (parco em palavras ou rico em palavras, mas pobre em conteúdo; contém pouca informação com significado; ausência total ou quase total de comentários espontâneos e pelas respostas curtas ou monossilábicas mesmo quando a pergunta é aberta e requer uma resposta elaborada)
- 4.2.6. Alterações da percepção:
 - 4.2.6.1. Alucinações (experiências perceptivas sem objecto – estímulo físico real – e que podem ocorrer em qualquer modalidade sensorial: visão, audição, olfacto, paladar ou tacto – podendo ser simples ou complexas); avaliar comportamentos (pistas indirectas: pausas na conversação; desconcentração; desvios do olhar...) e perguntar “o que é que aconteceu?”, “agora mesmo parecia estar distraído, estava a ouvir alguém?”, “é muito frequente na sua situação as pessoas por vezes ouvirem vozes mesmo que não conseguem ver a pessoa que está a falar, isto alguma vez lhe aconteceu?”; clarificar sempre o conteúdo quando a pessoa sinaliza ou reconhece a presença de uma alucinação
 - a) Associadas ao sono e sem significado psicopatológico: alucinações hipnagógicas (as que ocorrem entre os estar acordado e a dormir); alucinações hipnopômicas (ocorrem durante a transição entre o sono e o estado de alerta)
 - b) Auditivas: com vozes bem articuladas ou vagas, ruídos claros ou difusos; auditivo-verbais de comando (depreciativas ou insultuosas) ou de vozes que comentam os pensamentos ou comportamentos do doente ou que conversam entre si; musicais;
 - c) Visuais (sugerem organicidade): autoscópicas (verse a si próprio como num espelho); liliputianas (objectos muito pequenos); pedunculares (imagens nítidas, bem definidas, mas variáveis)
 - d) Olfactivas (raras e sugestivas de problemas neurológicos)
 - e) Gustativas (raras, associadas à epilepsia temporal e podem aparecer isoladas ou associadas à aura que precede a convulsão)
 - f) Somáticas (sensações corporais internas), tácteis ou hápticas (Ex: formigas a andar pela pele) difíceis de distinguir de um delírio somático: autonómicas; cénestésicas; viscerais
 - 4.2.6.2. Ilusões (são o exagero, distorção ou alteração da interpretação de um estímulo físico real – com objecto): metamorfopsia (micropsia ou macropsia); palinopsia (preservação visual de algo que já não existe no campo visual)
 - 4.2.6.3. Despersonalização (sentimento de que a própria pessoa ou o seu corpo é irreal ou desconhecido)
 - 4.2.6.4. Desrealização (sensação de que o mundo é irreal ou que subitamente adquiriu características irreais)
 - 4.2.6.5. Autoscopia
 - 4.2.6.6. Déjà-vu (percepção de já ter visto ou vivido anteriormente o contexto ou a situação actual)
 - 4.2.6.7. Jamais-vu (sensação de que algo familiar é estranho como se tivesse a ser visto ou experimentado pela primeira vez)

5. Cognição

5. Cognição¹¹

5.1. Orientação

- 5.1.1. Tempo: que dia é hoje? Qual o dia da semana? Em que mês estamos? Em que ano estamos? Qual a estação do ano em que estamos? Aproximadamente que horas do dia são agora?
- 5.1.2. Espaço: onde estamos? Como se chama a cidade onde estamos? Que edifício é este onde estamos? Em que piso estamos?
- 5.1.3. Pessoa: quem é o senhor? Qual o seu nome? O que faz? Qual a sua profissão? Quem são os seus pais? Qual a sua idade?

5.2. Atenção e concentração

- 5.2.1. Atenção: capacidade de focar e direccionar os processos cognitivos durante um estágio fisiológico de alerta
 - 5.2.1.1. Determinar a extensão da atenção através memorização de dígitos por repetição de séries de algarismos até o doente não ser capaz de os repetir correctamente = o maior número de algarismos repetidos correctamente em duas tentativas consecutivas.
(instrução: 12 – 12; 123 – 123; 1234 – 1234)
57
638
3720
91834
427158
6289345
14298537
 - 5.2.1.2. Determinar a memória de dígitos anterógrada e retrógrada através da repetição das séries em ordem directa e depois inversa até ao primeiro erro
(instrução: 12 – 21; 123 – 321; 1234 – 4321)
57
638
3720
91834
427158
6289345
14298537

Geralmente a memória anterógrada é um ou dois dígitos mais elevada que a retrógrada.

A memória anterógrada normal é 6 ± 1 algarismos nos adultos.

Se o desvio do número de algarismos em ordem inversa for superior a 2 isto é sugestivo de alterações na atenção dividida.

- 5.2.1.3. Os testes de atenção visual podem ser também utilizados
- 5.2.2. Concentração: é capacidade de manter a atenção por um determinado período de tempo
 - 5.2.2.1. Pedir ao doente para contar de trás para frente de 65 a 49 (as pessoas com déficits na concentração perdem-se na contagem ou contam para além do número 49)
 - 5.2.2.2. A atenção mantida também pode ser avaliada pedido ao doente para fazer até 5 subtrações seriadas do número 7, começando em 100 (100 – 93 – 86 – 79 – 65), não escrevendo ou usando as mãos; em alternativa: soletrar ao contrário as palavras MUNDO (ODNUM) ou TERRA (ARRETA) e somar um ponto por cada letra colocada na ordem e posição correcta; dizer os dias da semana ou os meses do ano ao contrário

5.3. Memória

- 5.3.1. Registo (evocação imediata: verbal e não verbal)
 - 5.3.1.1. Avalia-se o registo através da memória imediata (em segundos) que está intimamente relacionada com a atenção.
Pede-se ao doente: “Vou dizer-lhe 3 palavras que quero que memorize e vou perguntar-lhe quais são dentro de alguns minutos. As palavras são: vermelho, mesa e casaco. Por favor repita-as agora para saber que as ouviu”.
Se o doente consegue repeti-las imediatamente, aparentemente deu-se o registo. Devem ser registadas todas as tentativas necessárias e se maior que 2 existem alterações do registo.
Assegurar que o registo acontece especialmente em doente desatentos, pouco motivados ou deprimidos pois pode existir dificuldades na atenção e no défice de registo e não uma verdadeira amnésia.
 - 5.3.1.2. Só depois de asseguradas as capacidades de atenção e registo podem ser aplicados os testes de memória a curto prazo e a longo com material verbal ou não verbal.

5.3.2. Memória de curto prazo (verbal e não verbal)

¹¹A cognição é a capacidade de pensar, usar a inteligência, o conhecimento, a lógica, o raciocínio, a memória e todas funções corticais superiores. A cognição permite ao seres humanos apreciar o seu mundo interior e exterior, interagir com os outros e vencer as dificuldades da vida quotidiana.

- 5.3.2.1. Memória de curto prazo verbal: pedir ao doente para recordar 4 palavras não relacionadas entre si (Ex: branco, tijolo, carro, cebola) ao fim de 5 minutos (após avaliar a atenção e o registo). A memória é de 2/3 palavras recordadas após os 5 minutos. Para avaliar com maior profundidade podem ser fornecidas pistas (Ex: a primeira palavra é uma côr...) e registar se estas foram úteis.
- 5.3.2.2. Memória de curto prazo verbal: pedir ao doente para memorizar a seguinte história e recontá-la após a leitura:
 “O Jorge/ é um repórter/ de televisão. /Ele estava a noticiar um terramoto/ no Japão./ Entrevistou uma mulher/ chamada Carolina/ cujo carro/ estava estacionado numa rua/ que desabou/ durante os abalos./ O carro/ desapareceu/ para dentro da terra./”
 Desempenho normal recordar pelo menos 8 das 15 ideias diferentes (palavras importantes).
- 5.3.2.3. Memória de curto prazo verbal: pedir ao doente que recorde as palavras contidas nas duas listas (Lista A de palavras relacionados por categorias – animais, artigos de leitura e utensílios de cozinha; Lista B de palavras não relacionadas). Testar cada lista em separado. Fazer dois ensaios para cada lista, a uma cadência de 1 palavra/segundo. O doente recorda as palavras após terminarmos cada lista. Os ensaios devem seguir ordens diferentes e o segundo deve conter também as palavras que foram recordadas no primeiro. O doente dispõe de 1 minuto para recordar o máximo de palavras. Somar 1 ponto por cada palavra recordada (mesmo se repetida) após cada ensaio, para cada uma das listas.

LISTA A	A _{E1}	A _{E2}		LISTA B	B _{E1}	B _{E2}	
Cão				Vácuo			
Galinha				Camião			
Cavalo				Filme			
Gato				Conferência			
Elefante				Envelope			
Livro				Fogo			
Revista				Eleição			
Jornal				Lua			
Panfleto				Frigorífico			
Arquivo				Pá			
Faca				Casa			
Prato				Limonada			
Panela				Cidade			
Frigideira				Carteira			
Grelhador				Lâmpada			
TOTAL A				TOTAL B			

Desempenho normal: 16 palavras recordadas nos dois ensaios para cada lista, com classificação semelhante para as Listas A e B.

Doentes amnésicos: não agrupam as palavras de uma mesma categoria para recordarem mais facilmente, logo têm classificações semelhantes nas duas listas.

Doentes com pseudodemência (induzida por depressão): bom resultado na lista A, mas pior na das não relacionadas, devido à diminuição da motivação e alteração da atenção, tendo dificuldade na tarefa mais difícil.

Se pedirmos ao doente para recordar as palavras de cada lista ao fim de 20 minutos (sem voltar a lê-las), pode ser testada a memória de longo prazo.

- 5.3.2.4. Memória de curto prazo visual: desenhos do teste das 3 formas de Mesulam (Trzepacz&Baker, 2001, p. 162).
- 5.3.2.5. Memória de curto prazo auditiva: fazer padrões de sons fortes e fracos com o bater das mãos, progressivamente mais complexos, e pedir ao doente que os reproduza imediatamente.

5.3.3. Memória de longo prazo (recente ou remota)

5.3.3.1. Memória processual (aquisição de capacidades)

5.3.3.2. Memória declarativa

a) **Episódica** (temporal, personalizada e deriva de conhecimento de base vivencial): pedir ao doente para recordar factos importantes (casamento, nascimento do primeiro filhos, a última festa de anos em família...), localizando-os no tempo (ano ou idade em que o vivenciou) – atenção à confabulação espontânea (para preenchimento das lacunas) reconhecidas como histórias impossíveis ou pouco prováveis (por isso devem validar-se os factos com outras fontes)

b) **Semântica** (informação geral): onde se localiza a Torre de Belém? qual o nome da capital do Ribatejo? qual o nome da capital de Espanha? como se chama o Primeiro-Ministro? como se chama o Presidente da República actual? e o anterior?

Pode ser também pedido ao doente para dizer num minuto a quantidade máxima de artigos diferentes que se podem comprar numa mercearia – desempenho normal: evocar pelo menos 18.

5.4. Capacidade construtiva e visuoespacial (atenção aos pré requisitos: acuidade visual, coordenação motora, força, praxis e sensibilidade tátil) – essenciais para o desempenho de muitas AVD's

5.4.1. Secções específicas do MMSE

5.4.2. Secções específicas do MoCA

5.4.3. Teste do relógio cotado com o sistema de classificação de 10 pontos de Spreen& Strauss (Trzepacz&Baker, 2001, p. 169).

5.5. Abstracção e conceptualização (únicas na raça humana; as funções executivas incluem a capacidade de ter consciência do próprio, dos seus pensamentos e do seu comportamento)

5.5.1. Pensamento abstracto (ou abstracção): pedir ao doente para interpretar um provérbio e descrever uma situação em que este possa ser aplicado ou apresentar pares de palavras para que sejam identificadas semelhanças ou diferenças entre elas.

5.5.2. Pensamento concreto (ou concretização): ao perguntarmos “o que o trouxe ao hospital?”, o doente responde “a ambulância” (concretização) e não “tenho-me sentido deprimido” (abstracção) – atenção que o doente pode estar a tentar ser factício.

6. Insight e juízo crítico

6. Insight e juízo crítico¹²

- 6.1. A avaliação do insight foca-se na capacidade dos doentes p/ reconhecerem que:
- 6.1.1. Estão doentes – acha que está doente? o que o fez vir cá?
 - 6.1.2. Os seus comportamentos são desvios ao normal – tem tido pensamentos/comportamentos que as pessoas considerem anormais ou que sejam anormais para si?
 - 6.1.3. Compreendem que os seus comportamentos podem afectar terceiros – apercebe-se que a sua família acha que tem estado diferente?
 - 6.1.4. A terapêutica pode ser útil para o alívio dos sintomas – acha que deve existir algo que o faça sentir melhor?
- 6.2. A avaliação do juízo crítico (processo que antecede uma acção ou uma tomada de decisão) foca-se na capacidade dos doentes avaliarem os valores relativos de diferentes aspectos sobre um determinado assunto (requer um insight adequado, funções cognitivas intactas, capacidade de conceptualização, sensibilidade em relação ao impacto que e consequências de uma decisão, capacidade de considerar os efeitos a longo prazo e possíveis resultados negativos e apreciação do que uma pessoa “racional” faria na mesma sociedade).
- 6.3. Mecanismos de defesa¹³ (quanto mais amadurecido for o nível dos mecanismos de defesa maior a probabilidade do indivíduo ter insight e fazer juízos críticos)
- 6.3.1. Tipos maduros
 - 6.3.1.1. Altruísmo: o doente sente gratificação (ex: sentir-se melhor consigo mesmo) e satisfação em ajudar os outros; é adaptativo porque beneficia ambas as partes (quem dá e quem recebe)
 - 6.3.1.2. Humor (torna mais fácil lidar conscientemente com as emoções, assuntos conflituosos ou dolorosos): ideias divertidas ou engraçadas são utilizadas para mitigar sentimentos desagradáveis, mas não à custa dos sentimentos de terceiros
 - 6.3.1.3. Sublimação: reduz os efeitos dolorosos ou indesejados de certas emoções, impulsos ou ideias (Ex: a raiva) modificando-os ou canalizando-os para uma actividade pática útil e agradável (Ex: estudos; trabalhos artísticos; música...)
 - 6.3.1.4. Supressão: o doente conscientemente adia (deliberada e temporariamente posto de lado, mas não definitivamente evitado) uma ideia, impulso ou sentimento durante um determinado período de tempo
 - 6.3.2. Tipos neuróticos
 - 6.3.2.1. Repressão: o doente parece “esquecer” passivamente uma ideia ou sentimento com grande carga afectiva e indesejável, impedindo assim que atinja a consciência
 - 6.3.2.2. Deslocamento: a pessoa dirige os seus sentimentos para uma pessoa ou objecto menos importante; ser sarcástico; pregar partidas...
 - 6.3.2.3. Dissociação: a personalidade é temporariamente alterada para evitar o stress emocional (Ex: estados de fuga; conversão); é desadaptativo porque o conflito psicológico precipitante não está disponível na consciência para o conhecimento, compreensão ou resolução
 - 6.3.2.4. Formação de reacção: o doente comporta-se de forma oposta ao impulso que na realidade sente – o verdadeiro sentimento é inaceitável e indesejável para o mesmo (Ex: cuidar zelosamente de um pai idos que foi outrora abusivo e que a pessoa odeia inconscientemente)
 - 6.3.2.5. Racionalização: mecanismo o doente pense sobre e analisa as ideias, mantendo-se emocionalmente distante ou não reconhecendo os sentimentos acompanhantes
 - 6.3.3. Tipos imaturos
 - 6.3.3.1. Clivagem: as outras pessoas e os objectos são vistos nos extremos, sem a capacidade de considerar o meio termo ou de integrar informação aparentemente contraditória como um todo (Ex: o doente idolatra ou rebaixa determinadas pessoas; classifica-as em bons e maus)
 - 6.3.3.2. Externalização: o doente apresenta tendência para culpar acontecimentos, pessoas ou organizações externas ao próprio pelos acontecimentos que afectam a vida do mesmo; incapacidade de aceitar responsabilidade pelos próprios sentimentos, acções, decisões e comportamentos
 - 6.3.3.3. Idealização:
 - 6.3.3.4. Projecção: o doente atribui (ou projecta em) a outra pessoa os seus sentimentos, ideias ou impulsos, particularmente os indesejáveis
 - 6.3.3.5. Passagem ao acto: o doente exprime um impulso inconsciente através de um acto motor, em vez de o consciencializar e posteriormente verbaliza-lo; forma indirecta e manipulativa de exprimir as necessidades ou desejos (Ex: automutilação;
 - 6.3.4. Tipos psicóticos
 - 6.3.4.1. Negação: recusa em reconhecer a realidade externa apesar de provas convincentes
 - 6.3.4.2. Distorção: forma negativamente alterada de perceber a realidade

Observações:

¹²Pressupõe a integridade das funções intelectuais e cognitivas

¹³Manobras psicológicas que tentam suprimir pensamentos ou sentimentos desagradáveis ou indesejados ou lidar com forças exteriores, com o intuito de nos adaptarmos ao stress e ao ambiente.