

Curso de Licenciatura em Enfermagem

Unidade Curricular – ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Avaliação da Saúde Mental – Entrevista Clínica (Material Pedagógico de Apoio)

Elaborado pelo docente:

Celso Silva

Faro, setembro 2026

Índice

ENQUADRAMENTO	4
1. HISTÓRIA BIOPSISSOCIAL E DE SAÚDE	5
1.1 IDENTIFICAÇÃO	5
1.2 QUEIXA PRINCIPAL	5
1.3 AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS	5
1.4 HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL	5
1.5 HISTÓRIA CLÍNICA	6
1.6 MEDICAÇÃO ATUAL	6
1.7 HISTÓRIA DE USO DE ÁLCOOL OU OUTRAS SUBSTÂNCIAS	6
1.8 HISTÓRIA FAMILIAR	6
1.9 FUNCIONAMENTO SOCIAL E RELAÇÕES INTERPESSOAIS	7
1.10 FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL E EDUCACIONAL	7
1.11 MECANISMOS DE ADAPTAÇÃO	7
2. AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL	8
2.1 APARÊNCIA GERAL	8
2.2 ATITUDE E POSTURA	9
2.3 ATIVIDADE PSICOMOTORA	10
2.4 DISCURSO	10
2.5 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	11
2.6 ESTADO COGNITIVO	12
2.6.1 Orientação	12
2.6.2 Atenção	12
2.6.3 Memória	13
2.6.4 Inteligência	14
2.6.5 Instrumentos (escalas) de apoio à avaliação diagnóstica	15
2.7 PENSAMENTO	15
2.7.1 Pensamento quanto à Forma	15
2.7.2 Pensamento quanto ao Fluxo/Curso/velocidade	16
2.7.3 Pensamento quanto ao Conteúdo	16

2.7.4 Outras alterações do pensamento	18
2.7.5 Instrumentos (escalas) de apoio à avaliação diagnóstica	18
2.8 SENSOPERCEÇÃO.....	19
2.8.1 Ilusões.....	19
2.8.2 Alucinações	19
2.8.3 Instrumentos (escalas) de apoio à avaliação diagnóstica	21
2.9 AFETIVIDADE E HUMOR	22
2.9.1 “Tipos” de afeto	22
2.9.2 Tipos de Humor.....	22
2.9.3 Instrumentos (escalas) de apoio à avaliação diagnóstica	23
2.10 JUÍZO CRÍTICO	23
2.10.1 Instrumentos (escalas) de apoio à avaliação diagnóstica.....	24
3. AVALIAÇÃO DAS FUNÇÕES PSICOFISIOLÓGICAS	25
3.1 SONO	25
3.1.1 Alterações do sono	25
3.1.2 Instrumentos (escalas) de apoio à avaliação diagnóstica	25
3.2 COMER E BEBER.....	25
3.3 SEXUALIDADE	26
3.4 ELIMINAÇÃO.....	26
4. OUTRAS ALTERAÇÕES RELEVANTES	27
4.1 VOLIÇÃO	27
4.2 ANEDONIA	27
5. CONCLUSÃO	28
REFERÊNCIAS	29

ENQUADRAMENTO

Ao conduzir uma entrevista clínica para avaliar o estado da saúde mental, o entrevistador deve sempre considerar as habilidades de comunicação verbal e não verbal, além da criação de uma relação terapêutica.

Também deve-se considerar que, numa primeira entrevista, pode não ser possível recolher todas as informações relevantes, pois o entrevistado pode ter dificuldade em relatar todos os detalhes num primeiro encontro.

Conforme a relação terapêutica se estabelece, novos dados devem ser adicionados e analisados

Para o sucesso da entrevista clínica e da relação terapêutica, é essencial ter empatia, respeito, escuta ativa, ausência de juízos de valor e uma atitude compreensiva. A ausência desses princípios compromete a entrevista, a relação terapêutica e todo o processo de cuidados associado às mesmas.

Antes de começar a entrevista, é necessário registar a data da entrevista e a data de admissão na consulta/internamento.

A entrevista começa com a **história biopsicossocial e de saúde**, seguida pela **avaliação do estado mental** e pela **avaliação das funções psicofisiológicas**.

É imperativo, **sempre**, investigar causas orgânicas para a várias alterações ou perturbações.

Os exemplos apresentados nos vários tipos de alterações ou perturbações são os mais comuns, sem prejuízo de existirem outros exemplos.

Regra de Ouro na Saúde Mental: Nunca faça julgamentos sobre o conteúdo do discurso da pessoa. Se ela relata um delírio ou uma alucinação, valide o sentimento que esse delírio ou alucinação causa (por exemplo: “Compreendo que você esteja com receio”), mas sem confirmar ou alimentar a realidade do delírio ou da alucinação.

1. HISTÓRIA BIOPSIKOSSOCIAL E DE SAÚDE

1.1 IDENTIFICAÇÃO

- Nome civil;
- Nome pelo qual gosta de ser tratado;
- Idade;
- Sexo;
- Género;
- Estado de Relação;
- Religião;
- Atividade laboral/ocupação;
- Habilitações Literárias;
- Agregado familiar;
- Localidade onde vive.

1.2 QUEIXA PRINCIPAL

- Registrar o motivo do internamento ou da consulta;
- Acrescentar a descrição na linguagem da pessoa.

1.3 AVALIAÇÃO DOS SINAIS VITAIS

- Avaliar e registar tensão arterial, frequência cardíaca, temperatura, ciclos respiratórios e dor;
- Avaliar e registar outros dados que estejam determinados no contexto.

1.4 HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

- Registrar o início dos sintomas, a frequência, duração e flutuações dos mesmos;
- Descrever a sequência cronológica dos sintomas e eventos.

1.5 HISTÓRIA CLÍNICA

- Registrar todas as patologias que a pessoa apresenta, alergias, tratamentos recebidos, cirurgias;
- Descrever eventuais efeitos secundários e/ou adversos dos tratamentos, na linguagem da pessoa.
- Registrar se frequenta os serviços de saúde e quais, e qual o motivo dessa frequência.

1.6 MEDICAÇÃO ATUAL

- Descrever a medicação atual;
- Finalidade terapêutica, ou seja, por que motivo a pessoa tem esse medicamento prescrito;
- A frequência das tomas e efeitos secundários possíveis (quando aplicável).

1.7 HISTÓRIA DE USO DE ÁLCOOL OU OUTRAS SUBSTÂNCIAS

- Registrar o tipo de substância, quantidade/frequência dos consumos e a data de início dos mesmos;
- Descrever a motivação para parar os consumos, quando parou; ou se não parou, qual a motivação para não parar os consumos.

1.8 HISTÓRIA FAMILIAR

- Registrar os antecedentes familiares relativos a patologias significativas, tentativas de suicídio, suicídio e consumos de substâncias.
- Descrever aspetos relevantes referentes à história familiar, tais como, com quem viveu quando era criança, se esteve sujeito ou assistiu a episódios de violência, como era a relação com os pais, a relação com os amigos, entre outros.

1.9 FUNCIONAMENTO SOCIAL E RELAÇÕES INTERPESSOAIS

- Especificar se tem filhos, o ambiente em que reside e onde passa a maior parte do tempo;
- Percurso de casa até o local de trabalho;
- Quais atividades sociais que costuma frequentar e com que frequência;
- Para analisar o funcionamento social e as conexões interpessoais com amigos, familiares e estruturas comunitárias, é necessário elaborar o genograma e o ecomapa. Além disso, é necessário descrever as relações interpessoais observadas por meio do ecomapa. Por exemplo: “Constata-se que a interação social do indivíduo é ampla e positiva, mantendo relações muito fortes com a esposa, filhos, pais, amigos e companheiros de pesca, além da Unidade de Saúde Familiar que frequenta. Também tem uma relação forte com o irmão e com a família alargada, tanto paterna quanto materna, além da banda de música que frequenta. Em praticamente todas as relações dá tanto como recebe, no entanto, considera que o filho lhe dá mais do que ele ao filho por referir que não está muito tempo com ele. Em relação à banda de música considera que dá mais do que recebe, estando a ponderar abandonar a banda se não conseguir conciliar com o novo emprego. Com os vizinhos a relação é boa. Não apresenta relações de conflito com ninguém. Este tipo de interação social e relacionamento com os demais é bastante benéfico e facilitador do processo de adaptação e mudança para o novo local de trabalho. Atualmente o problema centra-se na ausência de relação com o local de trabalho visto iniciar hoje a sua atividade laboral no desconhecido.”;
- Avaliar a satisfação com o papel social, por exemplo, se se encontra satisfeito com os papéis sociais que desempenha, pai/mãe, filho, papel relativo em relação à profissão, entre outros.

1.10 FUNCIONAMENTO OCUPACIONAL E EDUCACIONAL

- Descrever o percurso escolar, laboral e ocupacional;
- Avaliar alterações no funcionamento ocupacional, capacidade para desempenhar tarefas relacionadas com a ocupação.

1.11 MECANISMOS DE ADAPTAÇÃO

- Descrever que estratégias a pessoa utiliza atualmente para resolver ou minimizar os seus problemas, sejam elas adaptativas ou disruptivas. Por exemplo, “utiliza como mecanismo de adaptação positivo o convívio com amigos, família e comunidade. Utiliza como mecanismo de adaptação negativo comer compulsivamente como forma de tentar aliviar a ansiedade.”.

2. AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL

2.1 APARÊNCIA GERAL

A avaliação da aparência geral deve ser feita por meio da observação da pessoa.

Deve-se considerar o contexto em que a entrevista está sendo conduzida. Por exemplo, é considerado adequado usar pijama durante uma entrevista durante o internamento hospitalar. No entanto, se a entrevista estiver sendo conduzida em um contexto comunitário, como numa consulta, pode não ser adequado que a pessoa esteja de pijama.

Também é importante considerar os aspetos culturais, religiosos, valores e o contexto socioeconómico.

Devem ser observados e registados os seguintes aspetos:

- Idade aparente congruente ou não com a idade real;
- Estado geral de nutrição;
- Adequação do vestuário para a época e limpeza;
- Aspeto e higiene: Vestuário, cuidado pessoal e adequação ao contexto e à estação do ano;
- Integridade cutânea;
- Existência de adornos e maquilhagem;
- Cabelos alinhados ou em desalinho;
- Dilatação ou constrição das pupilas;
- Sinais ou deformidades físicas importantes;
- Expressão facial;
- Contacto visual;
- Postura;
- Outros aspetos relevantes.

É importante observar que só se deve considerar uma possível alteração do estado mental se houver mudanças em relação ao comportamento habitual da pessoa.

Por exemplo, se a pessoa não costuma usar adornos ou maquilhagem, não há nenhuma mudança se não os utilizar na entrevista. No entanto, se a pessoa tem por hábito usar maquilhagem e adornos e deixa de usar, podemos estar perante uma possível alteração do humor (humor depressivo) que pode levar a que a pessoa deixe de ter vontade de se maquilhar e usar adornos. Por outro lado, se a pessoa não costuma usar maquilhagem ou adornos ou se costuma usar maquilhagem discreta e vestuário discreto e passa a utilizar roupas extravagantes, excesso de adornos e maquilhagem exuberante, podemos estar perante uma possível fase de maníaca.

Para avaliar as alterações em comparação com a aparência anterior da pessoa, pode ser muito útil obter informações dos familiares e amigos.

Deve ser realizada uma descrição detalhada para que o leitor consiga observar a aparência física da pessoa aquando da realização da entrevista.

2.2 ATITUDE E POSTURA

Algumas pessoas adotam uma postura colaborativa ao responder às perguntas de forma adequada, fazendo elas próprias perguntas, facilitando a coprodução de cuidados.

Outras pessoas adotam uma postura mais cautelosa e reservada, e numa primeira entrevista apenas respondem ao que o entrevistador pergunta, e dando informações limitadas. Podem ter receio de partilhar suas vivências ou descrever seus sintomas.

Outras ainda, por exemplo, adotarão uma forma negativista ignorando intencionalmente as perguntas e solicitações do entrevistador (negativismo ativo) ou encontram-se alheias e indiferentes ao que lhes é solicitado ou questionado (negativismo passivo).

Pode ainda acontecer, pessoas que tentam agradar ao entrevistador com uma atitude sedutora ou apresentar uma atitude exuberante, ou ainda apresentarem uma postura hostil ou agressiva.

Devem ser observadas as atitudes e postura da pessoa durante a entrevista, tais como:

- **Andar:** marcha arrastada; marcha parkinsoniana (passos rápidos e curtos com a cabeça inclinada para a frente. Pode surgir como efeito secundário de alguns antipsicóticos);
- **Postura** (adequada, postura curvada, cabisbaixa, rígida, gestos espontâneos...);
- **Contacto ocular** (expressividade facial, desvia o olhar, “olhos nos olhos”, evita contacto visual...);
- **Atitude** (adequada ao contexto, defensiva, reservada, hostil, reticente, desconfiada, indiferente, agressiva, passiva, fóbica, insegura, sedutora, histriónica, ambivalente...);
- **Adequação ao contexto** (concordância entre o comportamento observado e a situação clínica).

É importante realizar uma observação atenta e detalhada. Por exemplo, um olhar cabisbaixo pode indicar tristeza. Dificuldade no contacto ocular pode indicar possível ansiedade, dificuldades de relacionamento, desconfiança ou alucinações auditivas.

Devem ser registados os pormenores que justificam o motivo da avaliação, por exemplo, registar frases que a pessoa disse, tom de voz, entre outros.

2.3 ATIVIDADE PSICOMOTORA

A atividade psicomotora pode ser adequada, lentificada ou acelerada.

- **Adequada:** movimento do corpo nem muito rápido, nem muito lento, de acordo com o padrão habitual da pessoa;
- **Lentificada (Hipocinesia):** a pessoa apresenta lentificação motora, movimentando-se de forma mais lenta do que o habitual. Pode manter a mesma posição durante muito tempo, não gesticula ou gesticula pouco e lentamente;
- **Acelerada (Hiperkinésia):** refere-se à agitação psicomotora, a pessoa caminha rapidamente ou de um lado para o outro, tem dificuldade em permanecer sentada na cadeira ou está sempre a gesticular, tocar no cabelo, balançar as pernas, roer as unhas, entre outros.

Podem ainda ocorrer outras manifestações:

- **Movimentos estereotipados** (gestos simples repetidos e sem finalidade);
- **Maneirismos** (movimentos repetidos, regulares e complexos executados de maneira bizarra ou pouco usual, e que têm um objetivo ou significado para a pessoa);
- **Negativismo** (fazer o oposto do que é solicitado);
- **Ecopraxia** (imitar os movimentos de outra pessoa);
- **Flexibilidade cérea** (manter a mesma posição durante horas apesar do aparente desconforto);
- **Agitação psicomotora** (extremos de hiperatividade motora);
- **Catatonía:** negativismo, flexibilidade cérea e estereotípias motoras;
- **Acatisia:** sensação subjetiva de inquietação motora, com necessidade de se movimentar.
- **Tiques, trejeitos faciais ou tremores.**

2.4 DISCURSO

O discurso é avaliado através da fala, devendo descrever-se o tom de voz, a velocidade da fala (ritmo adequado, acelerado ou lentificado), a qualidade de produção (discurso pobre ou rico) e a quantidade.

Avaliar se a pessoa apresenta um discurso espontâneo, se responde apenas quando questionado ou se nem sempre responde.

A verbalização pode ainda ser tensa, hesitante, emotiva, monótona, forte, sussurrada ou indistinta.

O discurso pode ser avaliado quanto à:

- **Quantidade:** mutismo, monossilábico, prolixo;
- **Velocidade:** pode ser rápida, lenta, hesitante, latência para iniciar respostas;
- **Qualidade:** conteúdo do discurso (pobre, elaborado), alterações na articulação das palavras, neologismo (criação de novas palavras), ecolalia (repetição da última ou das últimas palavras dirigidas ao doente);
- **Volume:** alto, baixo ou adequado ao contexto.

Tendo em consideração o acima descrito e a avaliação efetuada, o tipo de discurso pode ser:

- **Loquaz/verborreico:** falador, palrador;
- **Taciturno:** discurso reservado, de poucas palavras;
- **Prolixo:** discurso excessivamente longo, utilizando demasiadas palavras;
- **Volúvel:** discurso inconstante, versátil;
- **Circunstancial:** discurso longo, com detalhes irrelevantes e redundantes, mas é atingido o objetivo (responde à pergunta);
- **Tangencial:** discurso longo, com detalhes irrelevantes e redundantes, sendo que o objetivo nunca é alcançado ou não é claramente definido (não responde à pergunta).

Devem ainda ser avaliadas alterações da fala como gaguez ou disartria.

Deve distinguir-se a afasia do mutismo. A pessoa pode não falar devido a afasia decorrente de uma lesão orgânica ou recusar falar apesar de não ter qualquer lesão orgânica (mutismo). Ou seja, no mutismo a pessoa tem capacidade para falar, mas recusa.

2.5 NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

O nível de consciência, é o estado de alerta em que a pessoa se encontra.

Inclui o reconhecimento da realidade externa ou de si mesmo e a capacidade para responder a estímulos.

É avaliado através da observação e interação durante a entrevista.

O nível de consciência pode ser classificado como:

- **Vígil:** capacidade para se manter acordado (estado de alerta) e processar os estímulos do ambiente;
- **Sonolência:** lentificação dos processos de pensamento, despertando se estimulado;
- **Obnubilação:** ligeira diminuição da lucidez e da atenção;
- **Estupor:** ausência de movimentos espontâneos, desperta apenas se fortemente estimulado;
- **Estados crepusculares:** estreitamento episódico da consciência (ex.: epilepsia);
- **Estado confusional agudo (delirium):** flutuação da consciência com desorientação e agitação;
- **Coma:** não reage a nenhum estímulo, não despertável; ausência completa de resposta a estímulos.

2.6 ESTADO COGNITIVO

2.6.1 Orientação

A orientação refere-se à capacidade da pessoa para se situar no tempo e no espaço, bem como em relação a uma situação ou a si própria.

Pode ser classificada como:

- **Orientação autopsíquica:** orientação em relação a si próprio, sabe quem é, como se chama, que idade tem, com quem vive, entre outros. Reconhecimento da própria identidade.
- **Orientação alopsíquica:** orientação quanto ao tempo e espaço. Espaço: sabe em que local está (centro de saúde, hospital, domicílio...), incluindo o concelho e o país. Tempo: sabe o dia da semana, do mês, o ano, há quanto tempo comeu pela última vez... Situação no tempo, no espaço e em relação às pessoas.

2.6.2 Atenção

A atenção refere-se ao conjunto de processos psicológicos que permitem selecionar, filtrar e organizar as informações. É a capacidade da pessoa para se centrar numa atividade. É a capacidade de direcionar e manter a atividade mental sobre um estímulo ou tarefa.

Para avaliar a atenção devem ser observados os seguintes aspetos:

- **Vigilância:** capacidade para desviar a atenção para um estímulo externo. É o que permite à pessoa mudar o seu foco para outro estímulo. Pode estar aumentada (hipervigilante) e diminuída (hipovigilante).
- **Tenacidade:** capacidade da pessoa para se manter focada numa tarefa específica.
- **Concentração:** capacidade de manter a atenção voluntária, em processos internos de pensamento ou nalguma atividade mental;
- **Hipoprosexia:** diminuição da capacidade de concentração;
- **Hiperprosexia:** atenção excessiva e habitualmente instável;
- **Distratibilidade:** desvio fácil da atenção por estímulos irrelevantes;
- **Aprosexia:** incapacidade quase total de fixar a atenção.

A hipervigilância é comum nas pessoas que sofrem de Perturbação de Stresse Pós-Traumático devido a terem estado por exemplo num cenário de guerra. Estão permanentemente vigilantes e atentas a qualquer estímulo externo.

Durante a entrevista deve ser avaliada a capacidade da pessoa para prestar a atenção às questões e ao diálogo, sem desviar o foco de atenção. Pode ser realizado o seguinte exercício para avaliar a atenção: solicitar à pessoa que bata na mesa sempre que é proferida a letra A. Depois dizer um conjunto de letras (B,H,A,R,F,D,E,A,C,F,R,A,T,D,A,C,G,J,H,A,A,A,J,T,R) e registar o número de erros.

2.6.3 Memória

A memória diz respeito à capacidade para registar, fixar ou reter, evocar e reconhecer objetos, pessoas, experiências ou estímulos sensoriais.

Quando ocorrem situações que provocam emoções, como medo ou prazer, a pessoa tem tendência a reter a informação relativa a essas situações. No entanto, a memória humana é falível dado que não faz registos como uma máquina fotográfica.

Deve ser avaliada a capacidade de:

- **Memória imediata:** capacidade de reter a informação dos últimos 5 minutos;
- **Memória recente:** capacidade de reter a informação dos últimos dias e horas;
- **Memória remota:** capacidade de reter a informação desde os primeiros anos de vida.

A memória imediata pode ser avaliada pedindo à pessoa para repetir uma sequência de algarismos, por exemplo, “7, 8, 9, 1, 3, 5” ou para repetir três objetos não relacionados, como por exemplo, “bola, maçã, caneta”.

Para avaliar a memória recente pode-se questionar a pessoa sobre o que jantou na véspera ou o que fez no último fim de semana.

No caso da memória remota pode-se questionar a pessoa sobre eventos significativos da sua vida, como o nascimento de um filho, por exemplo.

Existem vários tipos de alterações da memória que podem ser classificados como:

- **Amnésia:** incapacidade parcial ou total de evocar experiências passadas;
- **Amnésia imediata:** geralmente existe um comprometimento cerebral agudo;
- **Amnésia anterógrada:** a pessoa esquece-se de tudo o que aconteceu após um evento ou acidente importante. Ocorre por exemplo, após traumatismo craniano;
- **Amnésia retrógrada:** a pessoa esquece-se de tudo o que aconteceu antes de um evento, doença ou acidente importante;
- **Amnésia lacunar:** a pessoa esquece-se de eventos ocorridos entre duas datas. Por exemplo. Estas lacunas de memória são por vezes preenchidas com inverdades ou situações que não ocorreram, sem que a pessoa se aperceba disso. A esta situação denominamos de confabulação. Ocorre com frequência na demência;
- **Amnésia remota:** a pessoa esquece-se de eventos ocorridos no passado;
- **Hipermnésia:** recordação excessiva e pormenorizada de factos ou vivências;
- **Paramnésias:** distorções da memória, como a confabulação ou o déjà-vu.

2.6.4 Inteligência

A inteligência é a capacidade para assimilar conhecimentos factuais, compreender as relações entre eles e integrá-los aos conhecimentos já adquiridos anteriormente. Capacidade de raciocinar logicamente e de forma abstrata manipulando conceitos, números ou palavras. Capacidade de resolver situações novas com rapidez e com êxito mediante a realização de tarefas que envolvam a apreensão de relações abstratas entre fatos, eventos, antecedentes e consequências. Digamos que é a capacidade global de compreender, raciocinar, aprender e resolver problemas.

É, portanto, o conjunto de habilidades cognitivas resultante dos diferentes processos intelectivos, incluindo o raciocínio, o planeamento, a resolução de problemas, o pensamento abstrato, a compreensão de ideias complexas, a aprendizagem rápida e a aprendizagem a partir da experiência.

Na avaliação da inteligência devem ter-se em consideração aspetos educativos, sociais e culturais.

Devem ser recolhidas informações sobre o desenvolvimento e rendimento escolar da pessoa:

- Idade de ingresso na escola;
- Se repetiu algum ano;
- Dificuldades em matérias específicas;
- Dificuldade de leitura e escrita;
- Dificuldade em cálculos;
- Quando parou os estudos, por que motivo...

2.6.5 Instrumentos (escalas) de apoio à avaliação diagnóstica

Para avaliação do estado cognitivo pode ser utilizado o Mini Mental State Examination (MMSE) ou o Montreal Cognitive Assessment (MoCA).

2.7 PENSAMENTO

O pensamento é o conjunto de funções integrativas capazes de associar conhecimentos novos e antigos, integrar estímulos externos e internos, analisar, abstrair, julgar, concluir, sintetizar e criar.

O pensamento é avaliado em três aspetos: produção (ou forma), curso e conteúdo.

O pensamento é avaliado através do discurso da pessoa.

2.7.1 Pensamento quanto à Forma

Refere-se a como a pessoa articula as ideias, em que sequência, se segue ou não as leis da sintaxe e da lógica. Quando não há alterações o pensamento é lógico (ou coerente), claro e fácil de seguir e entender.

Avaliar se estão presentes as seguintes alterações:

- **Descarrilamento:** ausência de uma relação lógica entre pensamentos e ideias, a pessoa salta de um tema para outro sem que existam relações associativas aparentes (pensamento desorganizado);
- **Neologismos:** uma ou muitas novas palavras são criadas pela pessoa, ou a invenção de um novo significado para expressões, frases ou palavras existentes;
- **Salada de palavras:** mistura incoerente de palavras e frases;

- **Pensamento incoerente:** perda das ligações lógicas entre ideias;
- **Pensamento circunstancial:** excesso de detalhes antes de atingir o objetivo;
- **Perseveração:** repetição persistente da mesma resposta/ideia.

2.7.2 Pensamento quanto ao Fluxo/Curso/velocidade

Caracteriza-se pela quantidade de ideias que vêm ao pensamento, podendo ser de abundante a escassa.

É ainda classificado pela velocidade com que as ideias passam pelo pensamento, podendo o curso ser rápido, lentificado ou estar completamente bloqueado.

Avaliar se estão presentes as seguintes alterações:

- **Bradipsiquia:** pensamento lento;
- **Taquipsiquia:** pensamento rápido;
- **Fuga de ideias:** conversação rápida, existe uma perturbação da associação de ideias, associações rápidas e superficiais. Apesar da pessoa ter ideais com objetivos, devido ao curso rápido do pensamento, rapidamente surge uma nova ideia e a pessoa não chega a concluir a ideia anterior, saltando para a nova ideia. Ocorre, portanto, uma mudança constante do objetivo devido a uma velocidade astronómica no fluxo das ideias;
- **Bloqueio do pensamento:** cessação súbita do fluxo de pensamento e fala relacionado a emoções fortes.

2.7.3 Pensamento quanto ao Conteúdo

O conteúdo do pensamento refere-se às ideias propriamente ditas e à sua conexão ou não com a realidade.

Pode ou não refletir aspetos reais do mundo externo ou interno. O conteúdo do pensamento expressa as preocupações da pessoa, que podem ser ideias supervalorizadas, ideias delirantes, delírios, preocupações com a própria doença, obsessões, fobias, entre outros.

É importante avaliar a existência de:

- **Ideação suicida ou homicida;**
- **Obsessões:** ideias, emoções ou impulsos que se impõem repetitiva e insistentemente à consciência contra a vontade do indivíduo;

- **Delírios:** falsa crença inabalável, não compartilhada por membros do grupo sociocultural, irredutível à argumentação lógica.

Os delírios podem ser bizarros ou não bizarros. Os delírios bizarros são claramente implausíveis e incompreensíveis e não derivam de experiências comuns da vida. Por exemplo, a crença de que uma força exterior removeu os seus órgãos internos e os substituiu pelos de outrem sem deixar nenhum ferimento ou cicatriz. Os delírios não bizarros dizem respeito àqueles que apesar de serem irreais, poderiam ser reais. Por exemplo, a crença de que alguém está sob vigilância da polícia, apesar da ausência de evidências convincentes.

Existem vários tipos de delírio, entre os quais:

- **Delírio de controlo:** crença de que as ações ou o corpo da pessoa estão a agir ou a ser manipulados por alguma força exterior, pessoa ou entidade externa;
- **Delírio de referência ou autorreferência:** crença de que certos gestos, comentários, estímulos do ambiente, entre outros, são dirigidos ao próprio. Se observar pessoas conversando e rindo, entende que estão falando dele, rindo dele, dizendo que é um ladrão, etc. Enfim, tudo se refere a ele;
- **Delírio persecutório:** crença de que alguém está a perseguir a pessoa (inclui máfias, vizinhos, polícia, pais, esposa ou marido, chefe ou colegas de trabalho/ambiente estudantil). A pessoa pensa que querem envenená-la, prendê-la, matá-la, prejudicá-la no trabalho ou na escola, desmoralizá-la, expô-la ao ridículo ou mesmo enlouquecê-la. Muitas vezes é a causa de recusa do tratamento;
- **Delírio de grandeza:** crença de que é rico, alguém importante ou influente, extremamente especial, dotado de capacidades e poderes;
- **Delírio de ruína:** crença de que está falido e na ruína, a pessoa e a sua família irão passar fome, o futuro reserva apenas sofrimentos e fracassos;
- **Delírio místico ou religioso:** crenças irreais relacionadas com a religião. Acredita que recebe mensagens ou ordens de um novo messias, de um Deus, Jesus, um santo ou, até do demónio;
- **Delírio de ciúme:** a pessoa tem a convicção de que está a ser traída pelo parceiro ou parceira e considera tudo como suspeita;
- **Delírio erotomaníaco:** crença de que uma pessoa famosa está apaixonada pela pessoa, mesmo que não a conheça;
- **Delírio somático:** crença de alterações corporais ou doenças;
- **Delírio niilista:** crença de que partes do corpo não existem ou estão mortas, ou que a própria pessoa está morta (também chamada Síndrome de Cotard);
- **Delírio de culpa:** a pessoa acredita ser culpada por tudo o que de mau acontece no mundo e na vida das pessoas que a cercam. Também creem ter cometido um crime grave, ser uma pessoa indigna, pecaminosa, suja, irresponsável, que deve ser punida pelos seus pecados;
- **Delírio hipocondríaco:** a pessoa tem a convicção extrema de que tem uma doença grave, incurável, que está contaminado. É um tipo de delírio muitas vezes difícil de ser diferenciado

das ideias hipocondríacas não-delirantes. O que os diferenciam é a intensidade da crença, assim como a total ausência de crítica da pessoa e o seu envolvimento com as preocupações hipocondríacas;

- **Delírio de infestação:** A pessoa acredita que seu corpo (principalmente pele e cabelos) está infestado por pequenos organismos. Relata, comumente, que há “bichinhos debaixo da pele”, insetos nos cabelos, vermes, aranhas, etc. Acompanhando o delírio, podem existir alucinações táteis;
- **Delírio fantástico ou mitomaniaco:** A pessoa descreve histórias fantásticas com convicção plena. Este tipo de delírio é notável pelas histórias e narrativas fabulosas, totalmente irreais. São descrições que se assemelham a contos fantásticos, ricos em detalhes e claramente inverosímeis.

2.7.4 Outras alterações do pensamento

- **Irradiação do Pensamento:** crença de que os pensamentos estão a ser transmitidos para o mundo exterior;
- **Inserção do Pensamento:** crença de que os pensamentos estão a ser introduzidos na mente por pessoas ou influências externas;
- **Roubo do pensamento:** crença de que os próprios pensamentos estão a ser roubados por alguém ou por forças externas;
- **Despersonalização:** sensação de ter perdido a própria identidade e de que as coisas em torno da pessoa estão diferentes ou estranhas ou são irreais;
- **Fobias:** um medo mórbido, associado a extrema ansiedade.

Na avaliação do pensamento é importante conhecer detalhadamente a cultura e religião da pessoa, de forma a não ser identificada sintomatologia falsa.

2.7.5 Instrumentos (escalas) de apoio à avaliação diagnóstica

Para a avaliação dos delírios pode ser utilizada a escala Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS) ou a Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS).

2.8 SENSOPERCEÇÃO

Perceção é o processo do sistema nervoso responsável pelo registo mental consciente de estímulos sensoriais. É a capacidade de perceber e interpretar os estímulos que chegam aos órgãos dos sentidos. Tais estímulos podem ser: auditivos, visuais, olfativos, táteis e gustativos.

2.8.1 Ilusões

As ilusões ocorrem quando os estímulos sensoriais reais são confundidos ou interpretados erroneamente. Geralmente ocorrem quando há redução de estímulos ou do nível de consciência (*delirium*), por exemplo, um cinto é percebido como uma cobra.

A dismegalopsia é uma ilusão em que a pessoa vê os objetos com tamanho maior do que na realidade são, podendo também estar distorcida a noção de distância. Designa-se de macropsia quando os objetos parecem mais próximos e maiores e micropsia, quando parecem menores e mais distantes.

Este tipo de ilusões pode ocorrer no descolamento de retina, lesão temporal posterior ou intoxicação por substâncias.

2.8.2 Alucinações

Estamos perante uma alucinação quando existe uma alteração da perceção sensorial na ausência de estímulo externo, não estando sob controlo voluntário da pessoa.

Tipos de alucinações:

- **Auditivas:** São as mais comuns. Podem envolver perceção de sons sem conteúdo verbal, como assobios, zumbidos e risos, sendo chamadas de elementares. Ou podem apresentar-se sob a forma de vozes externas ou internas (complexas).

São comuns nas perturbações psicóticas e na perturbação bipolar.

Podem ser na primeira pessoa ou na terceira pessoa. Quando na terceira pessoa, por vezes, apresentam-se como vozes de comando. Muitas das vezes são congruentes com o humor, como por exemplo: “não vales nada”, quando a pessoa tem humor depressivo.

Podem ser elementares [ouve ruídos primários (sons, assobios, campainhas, ruídos)]; complexas ou audioverbais (chamar pelo nome, insultos, comando, comentários, conteúdo negativo, de ruína, culpa, acusação, místicas, de poder, de grandeza).

Podem ser com a característica de eco do pensamento (repetir o pensamento da pessoa), sonorização (ouvir o próprio pensamento ao mesmo tempo em que pensa), irradiação (pensamento alto na cabeça de modo que os outros podem ouvir).

Muitas vezes o conteúdo das alucinações auditivas podem ser diálogos entre mais de um interlocutor, comunicação de ideias delirantes, narração e comentário dos atos da pessoa, injúrias e difamações.

Podem ainda existir alucinações musicais (audição de tons musicais e melodias, contínuos ou intermitentes, acompanhados de consciência clara e crítica), muitas vezes associadas a déficits auditivos, doenças neurológicas, depressão, uso de antidepressivos tricíclicos, ocorrendo com maior frequência em pessoas mais velhas.

- **Visuais:** As alucinações visuais ocorrem quando a pessoa visualiza algo que não é real na ausência de estímulo externo. Podem ser elementares (luzes, figuras geométricas, pontos brilhantes); complexas (semelhantes à realidade, figuras, imagens de pessoas vivas ou mortas, partes do corpo (genitais, caveiras, cabeças disformes), entidades (fantasmas, santos, demónio, objetos); zoopsias (frequentes na abstinência alcoólica). Ocorrem, por norma, devido a alterações orgânicas, principalmente na presença de *delirium* ou intoxicação por drogas alucinogénicas.

Podem também ser cénicas em que a pessoa assiste passivamente, dramáticas quando a pessoa participa ativamente nelas, e oniróides, em que parece uma situação atemporal, com elementos imprecisos (por exemplo, carruagem a passar e dela saindo um príncipe).

Podem ainda ocorrer no luto normal, em que a pessoa vê a pessoa falecida.

Existem ainda as chamadas alucinações hipnagógicas que ocorrem imediatamente antes de dormir, sendo a sua ocorrência normal, quando ocasional. No entanto, experiências repetidas podem significar alterações do sono REM. E as alucinações hipnopômicas ocorrem antes de acordar, geralmente nos estados semicomatosos.

Nas alucinações autoscópicas, a pessoa vê-se a si própria fora do corpo, fenómeno do duplo (um eu dentro do próprio corpo e outro fora), e sensação de uma presença.

- **Táteis:** Referem-se geralmente à derme e são mais frequentes nas psicoses tóxicas e quadros orgânicos. Um exemplo de alucinações táteis é a sensação de animais pequenos a circular debaixo da pele. É comum na intoxicação por cocaína ou por anfetaminas e no *delirium tremens* devido à abstinência alcoólica.

Podem ainda ser na forma de espetadas, choques, queimaduras, sensações de frio ou humidade.

- **Olfativas:** Ocorrem quando a pessoa sente um odor na ausência de estímulo. Sentir o cheiro de coisas podres, cadáver, fezes, pano queimado, perfumes exóticos, mau hálito próprio.
- **Gustativas:** Ocorrem quando a pessoa sente um paladar na ausência de estímulo. Por exemplo, sabor a café sem ter bebido café, sabor ácido, de sangue, de urina, veneno nos alimentos.
- **Genitais:** Sensação de orgasmo, contato sexual direto ou à distância.

- **Cenestésicas:** Sensações incomuns e anormais em diferentes partes do corpo (cérebro encolhendo, fígado que se parte, cobra no abdómen, corpo morto, estado de putrefação dos órgãos).
- **Cinestésicas:** Sensações alteradas dos movimentos do corpo (corpo afundando, pernas encolhendo, braço se elevando, cabeça aumentando, pénis encolhendo, corpo deslizando pelo chão).

Na avaliação do estado mental é importante que o entrevistador avalie os seguintes sinais que podem indicar a presença de uma alucinação:

- Alheamento;
- Atitude de escuta;
- Esconder-se;
- Intranquilidade;
- Olhar fixo;
- Isolamento;
- Perplexidade;
- Risos sem razão aparente;
- Solilóquios;
- Tapar os ouvidos;
- Tempo de resposta demorado ou não responder.

Alucinose:

- Alucinação vivida com crítica preservada: a pessoa reconhece o seu carácter irreal.

Despersonalização:

- Alteração na percepção de si próprio, manifestada por sentimentos de estranheza ou irrealidade.

Desrealização:

- Alteração na percepção do meio ambiente.

2.8.3 Instrumentos (escalas) de apoio à avaliação diagnóstica

Para a avaliação das alucinações pode ser utilizada a escala Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS) ou a Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS).

2.9 AFETIVIDADE E HUMOR

O **humor** refere-se ao estado emocional de longa duração, interno e não dependente de estímulos externos. As emoções são vividas por um tempo suficiente para serem sentidas internamente. É a tonalidade de sentimento predominante. Pode influenciar a percepção de si mesmo, e do mundo que o rodeia.

Já o **afeto** é a experiência imediata e subjetiva das emoções sentidas em relação à situação. Inclui a manifestação externa da resposta emocional da pessoa a eventos.

Neste sentido, humor é a emoção predominante, mais constante, e afeto é a sua expressão, o que se observa, sendo mais flutuante.

São inúmeras as 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. Uma mesma situação em pessoas diferentes pode despertar emoções diferentes. Por exemplo, algumas pessoas podem ficar extremamente perturbadas e tristes com uma má nota num teste ao ponto de se considerarem incapazes, outras podem ficar indiferentes.

Avalia-se o humor/afeto ao longo da entrevista, através da expressão facial, gestos, tonalidade afetiva da voz, conteúdo do discurso e psicomotricidade, choro fácil, riso, entre outros.

2.9.1 “Tipos” de afeto

O afeto pode ser:

- **Adequado ou sincrónico:** em sintonia com o conteúdo do pensamento:
- **Embotamento afetivo:** com severa diminuição da expressão afetiva. A pessoa não demonstra qualquer emoção, a expressão facial é neutra.
- **Afeto incongruente ou inapropriado:** não há coerência entre aquilo que a pessoa diz e aquilo que demonstra. Pode dizer que está tudo bem, mas ter uma expressão facial triste.

2.9.2 Tipos de Humor

O Humor pode ser:

- **Humor eutímico** (adequado, “normal”);
- **Humor deprimido** (tristeza, sentimentos de desânimo, incapacidade para sentir prazer, desesperança, baixa autoestima, sentimentos de culpa; apatia ...);

- **Humor eufórico** (sentimento excessivo de bem-estar, alegria e prazer, que geralmente se associa a um aumento de iniciativa; euforia e êxtase, sendo este sentimento desproporcional às circunstâncias);
- **Humor distímico** (humor reduzido ou deprimido que dura grande parte do dia);
- **Humor lábil** (oscilações frequentes dos estados emocionais, de curta duração e sofrendo inversões rápidas);
- **Humor disfórico** (humor irritável, tensão interior, suscetibilidade exagerada e agressividade).

Pode ainda ocorrer:

- **Incontinência afetiva:** Perda da capacidade de controle das emoções que se exteriorizam ao menor estímulo;
- **Neotimias:** surgimento de sentimentos novos, extravagantes, insólitos e inusitados, vividos com apreensão angústia e perplexidade.

2.9.3 Instrumentos (escalas) de apoio à avaliação diagnóstica

Para avaliar os sintomas depressivos podem ser utilizadas as seguintes escalas: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9); Escala de Depressão Geriátrica (GDS) ou Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS).

2.10 JUÍZO CRÍTICO

O juízo crítico é a capacidade de perceber e avaliar adequadamente a realidade externa e separá-la dos aspetos do mundo interno ou subjetivo. Engloba a aptidão para a adequada autoavaliação e uma visão realista de si mesmo, das suas qualidades e dificuldades. Refere-se ainda ao reconhecimento da situação atual de saúde.

O *insight* é a forma mais complexa do juízo crítico e refere-se ao grau de compreensão da pessoa em relação a si mesmo, ao seu estado emocional, à sua doença e consequências da mesma, bem como à influência na sua vida pessoal, familiar e social e ocupacional. É a consciência das suas capacidades e dificuldades que decorrem da doença.

É de extrema importância avaliar o *insight* da pessoa na entrevista, visto que a ausência de *insight* ou o baixo grau de *insight* pode interferir no processo de cuidados e na reabilitação psicossocial da pessoa. O primeiro passo para o sucesso da coprodução de cuidados é o *insight*.

A ausência de *insight* pode, por exemplo, ser a causa de recusa do tratamento.

Insight preservado: A pessoa reconhece a doença e a necessidade de tratamento.

Insight parcial: Reconhecimento incompleto ou ambivalente da condição clínica.

Insight ausente: Negação total da doença e da necessidade de cuidados.

2.10.1 Instrumentos (escalas) de apoio à avaliação diagnóstica

Escala de Insight Marková e Berrios.

3. AVALIAÇÃO DAS FUNÇÕES PSICOFISIOLÓGICAS

Na avaliação do estado mental é ainda importante avaliar algumas funções psicofisiológicas que podem ser causa ou consequência da presença ou agravamento de alguma sintomatologia.

3.1 SONO

Um sono reparador é de extrema importância para a manutenção do bem-estar psíquico, pelo que a sua avaliação é de presença obrigatória aquando da entrevista de avaliação do estado mental. A pessoa deve ser questionada acerca da hora a que se deita e da hora a que acorda, quanto tempo demora a adormecer, se tem tido interrupções do sono acordando durante a noite, se dorme durante o dia, se tem sonhos ou pesadelos.

3.1.1 Alterações do sono

- Insónia inicial: dificuldade em adormecer;
- Insónia terminal: desperta cedo e não consegue voltar a adormecer;
- Insónia intermédia: acorda várias vezes durante a noite;
- Insónia total: não dorme, de todo;
- Hipersónia: Sono excessivo durante todo o dia;
- Sonambulismo;
- Terror noturno;
- Apneia do sono.

3.1.2 Instrumentos (escalas) de apoio à avaliação diagnóstica

Índice de qualidade do sono de Pittsburgh – versão portuguesa (PSQI-PT).

3.2 COMER E BEBER

Deve ser avaliado o apetite da pessoa, ou seja, se está conforme habitual, aumentado ou diminuído. Registar se teve ou não alteração no peso.

Questionar a pessoa sobre restrições alimentares e preferências, número de refeições diárias, quantidade (às refeições e fora), independência ou dependência total ou parcial, dieta, compulsividade ou recusa.

3.3 SEXUALIDADE

Outro aspeto a ser considerado na entrevista é a satisfação ou não com a sexualidade, se a pessoa tem vida sexual ativa, diminuição ou aumento do desejo sexual, incapacidade de experimentar o prazer, desinibição sexual, necessidade de obter informações sobre o assunto, sexo seguro, planeamento familiar, dispareunia, entre outros.

3.4 ELIMINAÇÃO

Deve ainda ser avaliada a eliminação vesical (características da urina, frequência, dificuldade, dor, incontinência) e intestinal (características das fezes, frequência, obstipação, diarreia, incontinência, dor).

4. OUTRAS ALTERAÇÕES RELEVANTES

4.1 VOLIÇÃO

A volição refere-se à capacidade da pessoa para decidir uma ação de acordo com a sua vontade ou motivações individuais.

Também chamada de “força de vontade”, é o que nos move para as ações do dia-a-dia, sejam elas simples ou complexas.

Assim, é de extrema importância, implicando todas as esferas da vida da pessoa.

Por exemplo, se a pessoa não tiver vontade de se levantar da cama e passar o dia deitada todas as funções irão ficar comprometidas. Chama-se à ausência de vontade (avolia) que pode ser parcial (para determinadas ações) ou total. É comum nas pessoas com humor depressivo.

Abulia: Diminuição ou ausência de iniciativa e de vontade.

Hiperbulia: Aumento da vontade e da atividade dirigida a objetivos.

4.2 ANEDONIA

A anedonia refere-se à ausência de prazer em realizar ações que antes eram prazerosas para a pessoa, e também é comum nas pessoas com humor depressivo.

5. CONCLUSÃO

Após a realização da entrevista, o entrevistador deve registar, em primeiro lugar, os problemas identificados, a partir dos quais deve formular os diagnósticos de enfermagem e as intervenções.

É necessário ter em consideração as vertentes em que a pessoa não é funcional, devendo as intervenções planeadas contribuir para a melhoria da funcionalidade.

As intervenções devem ser planeadas em conjunto com a pessoa, tendo em vista a coprodução de cuidados e o conceito de cuidados centrados na pessoa. Assim, a tomada de decisão deve ser compartilhada com a pessoa e sua família, quando se aplica. Devem ser estabelecidos objetivos individuais de acordo com as necessidades e preferências da pessoa, estabelecendo-se um contrato terapêutico.

REFERÊNCIAS

Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria fundamental*. C. B. Saraiva (Ed.). Lidel-Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-071-6.

Cordioli, A. V., Zimmermann, H. H., & Kessler, F. (2004). *Rotina de avaliação do estado mental*.

Dalgalarrodo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Artmed.

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. ISBN 978-989-752-413-4.