

APOSTILA 1º MÓDULO - PÓS-GRADUAÇÃO MÉDICA EM PSIQUIATRIA**Módulo 1- Introdução à Psiquiatria e Entrevista Psiquiátrica****1. Conceito de Saúde Mental e Doença Mental**

A saúde mental é hoje compreendida como um estado de bem-estar no qual o indivíduo é capaz de realizar suas potencialidades, lidar com os estresses normais da vida, trabalhar de forma produtiva e contribuir para sua comunidade (OMS, 2001). Ou seja, saúde mental não se resume à ausência de transtornos mentais, mas envolve aspectos positivos de bem-estar psicológico e integração social. Em contrapartida, utiliza-se o termo transtorno mental (ou doença mental) para designar um padrão ou síndrome comportamental ou psicológica associada a sofrimento significativo, prejuízo funcional ou risco aumentado de sofrimento, morte ou perda de liberdade (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Segundo a definição do DSM-5, "um transtorno mental é uma síndrome caracterizada por uma perturbação clinicamente significativa na cognição, regulação da emoção ou comportamento de um indivíduo, refletindo uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes" (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p.20). Vale destacar que os conceitos de saúde e doença mental evoluíram historicamente e podem variar conforme contextos culturais: o que é considerado normal em uma cultura pode ser visto como patológico em outra. Além disso, estigma e preconceito historicamente associados à doença mental influenciaram essas definições. No Brasil, a legislação atual (Lei nº 10.216/2001) adota o termo "pessoa com transtorno mental" para enfatizar a dignidade e evitar designações pejorativas, alinhando-se à visão de que o paciente psiquiátrico deve ser tratado com os mesmos direitos e respeito que qualquer outro (BRASIL, 2001).

Resumo – Conceito de Saúde Mental:

- Saúde mental envolve bem-estar psicológico, capacidade de exercer funções diárias e relacionamento saudável com a sociedade, não apenas ausência de doença.
- Transtorno mental é um conjunto de sintomas com disfunção significativa, definido por critérios clínicos (ex.: definição do DSM-5 enfatiza alterações em cognição, emoção ou comportamento).
- Aspectos culturais e históricos influenciam os limites entre normalidade e patologia; o combate ao estigma é parte fundamental do conceito atual de saúde mental.
- A legislação brasileira (Lei 10.216/2001) garante direitos às pessoas com transtornos mentais, refletindo diretrizes humanizadas de cuidado e terminologia adequada.

2. Breve História da Psiquiatria (Evolução e Reforma Psiquiátrica no Brasil)

A psiquiatria, enquanto campo médico, possui raízes que remontam à Antiguidade. Civilizações antigas já registravam tentativas de explicar e tratar comportamentos anormais – de concepções místico-religiosas (como possessão demoníaca) até hipóteses naturalistas

(Hipócrates, no século IV a.C., atribuía a loucura a desequilíbrios dos “humores” do corpo). Entretanto, como especialidade médica, a psiquiatria consolidou-se somente no século XVIII-XIX. Philippe Pinel, em 1793, é frequentemente creditado como pioneiro da humanização do tratamento mental ao libertar pacientes das correntes no asilo de Bicêtre, França, propondo o “tratamento moral” – uma abordagem mais humana e psicológica. No século XIX, Emil Kraepelin introduziu uma classificação sistemática das doenças mentais, diferenciando quadros como a *dementia praecox* (protótipo da esquizofrenia) e a psicose maníaco-depressiva (transtorno bipolar), plantando as bases da nosologia psiquiátrica moderna. Paralelamente, Sigmund Freud e outros desenvolveram a psicanálise no final do século XIX e início do XX, trazendo uma compreensão psicodinâmica dos transtornos mentais. Ao longo do século XX, a psiquiatria vivenciou a introdução de diversos tratamentos somáticos (como o choque insulínico, a eletroconvulsoterapia em 1938, e a psicocirurgia nos anos 1940) seguidos pela revolução psicofarmacológica a partir da década de 1950 – com o surgimento da clorpromazina (primeiro antipsicótico), imipramina (antidepressivo tricíclico) e lítio, que transformaram o manejo de transtornos antes praticamente intratáveis.

No Brasil, a trajetória da psiquiatria teve particularidades: os primeiros hospitais psiquiátricos datam do final do século XIX (como o Hospício de Pedro II, no Rio de Janeiro, fundado em 1852). Durante grande parte do século XX, prevaleceu o modelo hospitalocêntrico e asilar, no qual indivíduos com transtornos mentais graves eram frequentemente internados em instituições psiquiátricas por longos períodos, muitas vezes sob condições inadequadas. A partir dos anos 1970 e 1980, influenciado pelo movimento da Psiquiatria de setor e pela experiência italiana liderada por Franco Basaglia, ganhou força no país o movimento da Reforma Psiquiátrica. Esse movimento propunha a desinstitucionalização progressiva, o desenvolvimento de serviços comunitários e a garantia de direitos humanos aos pacientes. Marco fundamental foi a Lei nº 10.216, de 2001, que redirecionou oficialmente o modelo assistencial em saúde mental no Brasil (BRASIL, 2001). Essa lei estabeleceu que o tratamento de pessoas com transtornos mentais deve ser preferencialmente em serviços comunitários, garantindo proteção contra internações arbitrárias e reforçando a reintegração social. Em decorrência dela, expandiu-se a rede extra-hospitalar, com a criação dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), residências terapêuticas e leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Nas décadas subsequentes, a política de saúde mental brasileira oscilou entre avanços e desafios: por exemplo, diretrizes atualizadas em 2017 pelo Ministério da Saúde enfatizaram a necessidade de equilibrar o modelo de atenção, incluindo a oferta de leitos em hospitais gerais e suporte a comunidades terapêuticas para dependência química, o que gerou debates sobre fidelidade aos princípios da reforma (BRASIL, 2017). De modo geral, a psiquiatria atual resulta do encontro entre duas vertentes: a biológica (fundamentada em evidências neurocientíficas e farmacológicas) e a psicossocial (enfatizando reabilitação psicossocial, direitos humanos e cuidados comunitários).

Resumo – História da Psiquiatria:

- A compreensão e o tratamento da loucura evoluíram de explicações místicas na Antiguidade para abordagens médicas e psicológicas modernas. Pinel (século XVIII) é símbolo da humanização inicial do cuidado psiquiátrico; Kraepelin e Freud, no fim do século XIX,

estabeleceram bases respectivamente para classificação nosológica e abordagem psicodinâmica.

- O século XX trouxe avanços terapêuticos importantes: tratamentos de choque, eletroconvulsoterapia e especialmente medicamentos (antipsicóticos, antidepressivos, ansiolíticos, estabilizadores do humor) que transformaram o panorama do tratamento psiquiátrico.
- No Brasil, a Reforma Psiquiátrica (décadas de 1980-2000) promoveu a transição do modelo asilar para a atenção psicossocial comunitária, garantindo em lei os direitos das pessoas com transtornos mentais e priorizando cuidados em serviços abertos (CAPS, ambulatórios etc.) em vez de longas internações.
- Novas diretrizes legais e de políticas públicas continuam a surgir para equilibrar a necessidade de cuidados especializados (inclusive internações breves quando necessárias) com os princípios de desinstitucionalização e respeito à cidadania dos pacientes psiquiátricos.

3. Noções de Epidemiologia em Psiquiatria (Prevalência dos Principais Transtornos)

Os transtornos mentais estão entre as condições de saúde de maior prevalência global e impacto socioeconômico. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, quase 1 bilhão de pessoas no mundo viviam com algum transtorno mental em 2019 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022). Estimativas globais indicam que os transtornos mentais representam a principal causa de anos vividos com incapacidade – aproximadamente um em cada seis anos de vida com incapacidade é atribuído a essas condições (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022). Entre os transtornos mais comuns, destacam-se os transtornos de humor e de ansiedade. A depressão major é extremamente frequente: acomete cerca de 5% dos adultos globalmente, sendo a principal causa isolada de incapacidade em todo o mundo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2017). Em números absolutos, estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram de depressão no mundo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2017). No Brasil, estudos epidemiológicos e dados da OMS apontam prevalências notáveis: por exemplo, aproximadamente 5,8% da população brasileira apresenta depressão (cerca de 11,5 milhões de pessoas), a maior taxa na América Latina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Os transtornos de ansiedade também são prevalentes – globalmente mais de 300 milhões de pessoas são afetadas. O Brasil destaca-se por ter a maior prevalência de ansiedade no mundo, estimada em 9,3% da população (cerca de 18,6 milhões de brasileiros) (OPAS, 2017). Outros transtornos relevantes incluem o transtorno bipolar, com prevalência estimada ao redor de 1 a 2% da população; a esquizofrenia, que afeta cerca de 1% das pessoas ao longo da vida; os transtornos por uso de substâncias (como álcool, presente em torno de 3-5% da população com dependência); e os transtornos neurocognitivos (demências), cuja frequência aumenta em faixas etárias mais altas (por exemplo, doença de Alzheimer em cerca de 5-7% dos maiores de 60 anos). Importante notar que a epidemiologia pode variar entre países e regiões, influenciada por fatores socioeconômicos, culturais e acesso a cuidados. Fatores de risco para transtornos mentais incluem condições de vulnerabilidade social, histórico de traumas (por ex., violência, abuso

infantil – apontado pela OMS como fator importante para depressão), além de predisposição genética e comorbidades clínicas. A comorbidade entre transtornos também é comum (ex.: depressão e ansiedade frequentemente ocorrem juntas). Em termos de evolução temporal, observou-se um aumento da carga de transtornos mentais nos últimos anos – a pandemia de COVID-19, por exemplo, levou a um crescimento estimado de 25% na prevalência de depressão e ansiedade em 2020 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2022). Esses dados reforçam a importância da psiquiatria no contexto da saúde pública e a necessidade de políticas efetivas de prevenção e tratamento.

Resumo – Epidemiologia:

- Transtornos mentais são altamente prevalentes: cerca de 1 em cada 8 a 10 pessoas no mundo tem um transtorno mental, e juntos representam a principal causa de anos vividos com incapacidade (OMS, 2022).
- Depressão e ansiedade são os transtornos mais comuns. Depressão acomete ~5% dos adultos globalmente (300 milhões de casos); no Brasil, cerca de 5,8% da população (11 milhões) – principal causa de incapacidade global. Ansiedade tem prevalência global semelhante e no Brasil cerca de 9,3% (18 milhões), a maior taxa mundial.
- Transtornos menos prevalentes como esquizofrenia (~1%), bipolar (~1-2%), ainda assim contribuem de forma significativa para a carga de doença por seu curso crônico e gravidade. Transtornos por uso de substâncias e demências também têm impacto relevante (com prevalência variando por faixa etária e exposição).
- Fatores socioeconômicos, traumas e determinantes sociais influenciam a distribuição dos transtornos mentais. Eventos recentes (ex.: pandemia) podem elevar substancialmente a incidência desses transtornos, evidenciando a necessidade de vigilância epidemiológica e investimento em saúde mental pública.

4. Introdução aos Sistemas de Classificação Diagnóstica: DSM-5 e CID-11

Para diagnosticar e estudar os transtornos mentais de forma consistente, a psiquiatria utiliza sistemas de classificação padronizados. Os dois principais referenciais internacionais são o DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª edição) e a CID-11 (11ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde).

O DSM-5, publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) em 2013, é um manual voltado especificamente para transtornos mentais, amplamente utilizado nos contextos clínico e de pesquisa, sobretudo na América do Norte e em publicações científicas. Ele apresenta critérios diagnósticos detalhados para cada transtorno mental reconhecido, baseados em evidências clínicas e empíricas. Cada diagnóstico no DSM-5 é descrito como um conjunto de sintomas e achados (critérios) que devem estar presentes (e outros que devem

estar ausentes ou abaixo de certo limiar) para que o transtorno seja identificado. Por exemplo, o DSM-5 define critérios específicos para diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior (como pelo menos 5 sintomas de uma lista de 9, incluindo humor deprimido ou anedonia, presentes por pelo menos 2 semanas, com prejuízo funcional) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Uma novidade do DSM-5 em relação à edição anterior (DSM-IV-TR) foi a eliminação do eixo multiaxial e a reorganização de categorias diagnósticas aproximando transtornos com características em comum (p. ex., Transtorno Obsessivo Compulsivo passou a ter um capítulo próprio, separado dos transtornos de ansiedade). O manual também inclui critérios atualizados para diversos transtornos (introduziu diagnósticos como Transtorno do Espectro Autista unificado, Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, entre outros). Além dos critérios, o DSM-5 fornece informações sobre características associadas, prevalência, evolução, fatores de risco e questões culturais de cada transtorno, auxiliando o clínico no diagnóstico diferencial e contextualização do caso.

A CID-11, por sua vez, foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde e aprovada em 2019, sucedendo a CID-10 (usada desde 1993). A CID-11 é um sistema de classificação abrangente de todas as doenças e condições de saúde, incluindo um capítulo específico para Transtornos Mentais, Comportamentais ou do Neurodesenvolvimento. Como instrumento global, a CID é utilizada oficialmente em muitos países, inclusive no Brasil, para registro e estatísticas de saúde. A 11ª edição trouxe atualizações significativas também em psiquiatria, alinhando-se em grande parte com as categorias do DSM-5, mas com algumas diferenças em nomenclatura e critérios. Por exemplo, a CID-11 incluiu o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (harmonizando com DSM-5), introduziu Transtorno de Jogos Eletrônicos (gaming disorder) como condição diagnosticável, e incorporou o conceito de Transtorno de Estresse Pós-Traumático Complexo distinto do TEPT habitual. A CID-11 classifica os transtornos mentais em grupos amplos (como "Transtornos do neurodesenvolvimento", "Esquizofrenia e outros transtornos primários do espectro da psicose", "Transtornos do humor", "Transtornos de ansiedade e medo", etc.), com códigos alfanuméricos para cada condição. Uma distinção importante é que, enquanto o DSM é mais detalhado para uso clínico psiquiátrico, a CID serve também a propósitos epidemiológicos e de saúde pública; em geral, entretanto, ambos se complementam e mantêm equivalências para quase todos os transtornos.

Entendendo a estrutura e uso dos manuais: O DSM-5 está organizado em capítulos que agrupam transtornos por proximidade fenomenológica ou etiológica (por ex., os capítulos se iniciam com transtornos do neurodesenvolvimento; depois esquizofrenia e transtornos psicóticos; transtornos bipolares; transtornos depressivos; de ansiedade; obsessivo-compulsivos e relacionados; trauma e estressores; dissociativos; somáticos; alimentares; eliminação; sono; sexuais; disforia de gênero; disruptivos/conducta; substâncias; neurocognitivos; personalidade; etc., além de outras condições). Cada entrada diagnóstica traz: critérios diagnósticos, características diagnósticas, especificadores (subtipos, gravidade), notas sobre prevalência, curso, fatores de risco, aspectos culturais, diagnósticos diferenciais e referências cruzadas. Já a CID-11, por ser universal, possui uma estrutura hierárquica: cada transtorno tem um código (p.ex., 6A80 para Episódio Depressivo). Os profissionais devem

familiarizar-se com os critérios essenciais de cada manual para aplicá-los nas avaliações clínicas. O uso dos manuais requer equilíbrio entre padronização e julgamento clínico: os critérios auxiliam na objetividade, mas o psiquiatra deve considerar a singularidade de cada paciente, contextos culturais e evitar o uso mecânico das listas de sintomas. Além disso, ambos os manuais oferecem orientações que ajudam a evitar falsos positivos (por exemplo, distinguindo luto normal de depressão, ou preocupação normal de transtorno de ansiedade) e consideram condições clínicas gerais ou uso de substâncias como possíveis causadores de sintomas psiquiátricos (critério de exclusão). Em suma, DSM-5 e CID-11 são ferramentas fundamentais para comunicação entre profissionais e condução de pesquisas, garantindo que termos diagnósticos sejam compreendidos uniformemente. Profissionais em formação devem aprender a navegar nesses manuais, entender a lógica de classificação e estar atentos a atualizações futuras (como revisões ou edições futuras, e.g., DSM-5-TR ou futuras DSM-6, etc.).

Resumo – Classificação Diagnóstica (DSM-5 e CID-11):

- DSM-5 (2013) – Manual da Associação Americana de Psiquiatria, traz critérios diagnósticos específicos para transtornos mentais. Organizado em categorias com base em sintomatologia e etiologia presumida. Extinguiu o sistema multiaxial do DSM-IV e atualizou diversas definições (ex.: novo espectro do autismo, novos transtornos como Desregulação Disruptiva do Humor etc.). Muito utilizado na prática clínica especializada e pesquisa, principalmente nos EUA; tradução oficial em português disponível (APA, 2014).
- CID-11 (2019) – Classificação da OMS para todas as doenças, incluindo capítulo de transtornos mentais. Atualizada para maior consonância com achados atuais (ex.: incluiu jogo patológico digital, TEPT complexo etc.). Utilizada mundialmente para fins clínicos e epidemiológicos; no Brasil serve como base para registros oficiais (ex.: prontuários e notificações).
- Uso e estrutura – Ambos fornecem descrição dos sintomas e critérios (necessários e de exclusão) para cada transtorno. O DSM-5 é mais detalhado em psicopatologia e fatores associados; a CID-11 tem enfoque na codificação universal. É essencial aplicar os critérios com julgamento clínico, considerando contexto individual e evitando rotulações indevidas. Os manuais são instrumentos dinâmicos, sujeitos a revisões conforme novas evidências científicas surjam, incorporando novas diretrizes diagnósticas.
- Importância – A classificação padronizada permite comunicação clara entre profissionais e comparabilidade de estudos. Também subsidia o planejamento de saúde (epidemiologia, políticas) e a decisão terapêutica baseada em diagnósticos acurados.

5. Entrevista Psiquiátrica (Anamnese Especializada, Vínculo Terapêutico e Escuta Ativa)

A entrevista psiquiátrica é a principal ferramenta de avaliação em psiquiatria, correspondendo ao momento em que o médico (ou outro profissional de saúde mental) coleta a história clínica

psiquiátrica do paciente e simultaneamente observa seu estado mental. Diferentemente de entrevistas médicas de outras especialidades, na psiquiatria a maneira de conduzir a conversa e estabelecer vínculo terapêutico é particularmente crucial, pois informações sensíveis e subjetivas precisam ser exploradas em profundidade, ao mesmo tempo em que se gera confiança e acolhimento.

Técnicas de anamnese especializada: Inicia-se geralmente por uma abordagem não diretiva no começo – cumprimentar o paciente, explicar o propósito da entrevista e assegurar confidencialidade, proporcionando um ambiente seguro. Estímulos abertos como “O que o traz aqui?” permitem que o paciente expresse, com suas próprias palavras, suas queixas e preocupações iniciais. A partir daí, o entrevistador conduz a anamnese colhendo sistematicamente os vários componentes da história psiquiátrica. Um roteiro clássico de anamnese psiquiátrica inclui:

- Identificação: dados demográficos (nome, idade, estado civil, escolaridade, profissão, religião etc.).
- Queixa principal e Duração: descrição resumida do principal problema que levou à busca de ajuda e há quanto tempo persiste.
- História da doença atual (HDA): narrativa detalhada dos sintomas psiquiátricos atuais, desde seu surgimento até o momento presente. Deve-se explorar início, curso (contínuo, episódico, progressivo), fatores desencadeantes ou estressores identificáveis, sintomas em ordem cronológica, tratamentos já tentados e resposta obtida, além do impacto na vida diária do paciente (trabalho, estudos, relações). Aqui, práticas de escuta ativa são fundamentais: o entrevistador demonstra atenção através de contato visual, postura receptiva, intervenções breves de incentivo (“sim”, “entendo”) e pedidos de esclarecimento quando necessário. Deve-se deixar o paciente falar livremente inicialmente, intervindo para direcionar ou aprofundar pontos relevantes (por exemplo: “poderia me contar mais sobre como tem sido seu sono ultimamente?”).
- Antecedentes pessoais e médicos: inclui história psiquiátrica pregressa (episódios anteriores de transtornos mentais, diagnósticos prévios, internações psiquiátricas, tratamentos farmacológicos ou psicoterapias realizadas e resultados obtidos), bem como história médica (doenças clínicas relevantes, uso de medicações contínuas, alergias, traumatismos cranianos ou condições neurológicas). Muitas condições clínicas podem mimetizar ou agravar sintomas psiquiátricos, por isso é importante levantar, por exemplo, disfunções tireoidianas, uso de corticosteroides, epilepsia etc.
- História familiar: pergunta-se sobre presença de transtornos mentais na família (pais, irmãos e outros parentes próximos), história de suicídio em familiares, consanguinidade, entre outros. Vários transtornos possuem componente genético importante; por exemplo, história familiar de transtorno bipolar ou esquizofrenia aumenta a suspeita diagnóstica quando há sintomas em um paciente.

- **História de desenvolvimento e pessoal:** investiga marcos do desenvolvimento infantil (gestação, parto, desenvolvimento neuropsicomotor, infância), possíveis dificuldades escolares ou sociais na infância/adolescência, e traça a trajetória de vida do indivíduo. Inclui informações sobre criação, dinâmica familiar, eventuais traumas ou abuso na infância, desempenho acadêmico, relacionamentos interpessoais significativos, padrões de personalidade prévios.
- **História psicossocial atual:** abrange o contexto de vida recente do paciente – situação de moradia, relações familiares e afetivas, rede de apoio social, nível educacional e ocupacional atual, situação financeira, eventos estressores recentes (por exemplo, luto, desemprego, separação, conflitos). Aqui avalia-se também o uso do tempo livre, hobbies, práticas religiosas ou espirituais, que podem fornecer pistas sobre recursos pessoais de enfrentamento.
- **Hábitos e uso de substâncias:** investigação minuciosa sobre consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas (tipo de substância, quantidade, frequência, duração do uso, último uso), bem como uso indevido de medicamentos (como ansiolíticos, analgésicos opioides) ou outras substâncias potencialmente psicoativas. É fundamental detectar se há transtorno por uso de substâncias, dada a frequência de comorbidades (p.ex., depressão em usuário de álcool) e os impactos no tratamento (como interações medicamentosas ou necessidade de desintoxicação).
- **História do tratamento atual e aderência:** caso o paciente já venha em acompanhamento, verificar quais intervenções estão em curso (medicações, psicoterapia), doses, duração e sobretudo aderência (se está tomando regularmente os medicamentos, se interrompeu algo por conta própria etc.). Checar efeitos colaterais e eficácia percebida.
- **Revisão de sintomas psiquiátricos gerais:** ao final da anamnese, muitos entrevistadores fazem uma “varredura” sistemática de possíveis sintomas não mencionados espontaneamente, para não deixar de avaliar nenhum grande domínio. Por exemplo, perguntar diretamente sobre humor (se já teve períodos de humor exageradamente elevado ou irritável, além do humor deprimido já discutido), sintomas ansiosos (crises de pânico, medos específicos, preocupações excessivas), sintomas psicóticos (se já ouviu vozes quando estava sozinho, se sente que é perseguido ou monitorado), pensamento obsessivo ou compulsões, alterações de sono e apetite, ideias de morte ou suicídio etc. Esse levantamento complementar garante que critérios importantes não passem despercebidos.

Criação de vínculo e manejo da entrevista: Durante toda a entrevista, o entrevistador deve equilibrar a coleta de informações com a empatia e construção de aliança terapêutica. Isso envolve validar os sentimentos do paciente (“deve estar sendo muito difícil para você lidar com tudo isso”), evitar julgamentos morais ou confrontações prematuras, e adequar a linguagem ao nível de compreensão do paciente. A escuta ativa – demonstrar compreensão e interesse genuíno – aumenta a confiança do paciente e frequentemente o encoraja a compartilhar detalhes íntimos (por exemplo, sintomas psicóticos bizarros ou ideação suicida) que de outro modo poderia omitir por medo de crítica. Técnicas como reflexão (repetir ou parafrasear algo que o paciente disse, mostrando que foi ouvido), clarificação (pedir

explicação de termos ou situações confusas) e resumo (periodicamente resumir o que foi entendido, permitindo correção ou complementação pelo paciente) são estratégias clássicas. Em psiquiatria, silêncios podem ocorrer; o entrevistador deve tolerar momentos de silêncio terapêutico, pois o paciente pode estar elaborando emoções intensas antes de prosseguir. É importante também observar o comportamento não-verbal: expressões faciais, postura, contato visual, choro, inquietação motora – muitas vezes esses sinais comunicam informações sobre o estado emocional que complementam o relato verbal.

Considerações especiais: Certos conteúdos exigem abordagem delicada e direta no momento adequado, como ideação suicida ou homicida, pensamentos de autoagressão, ou sintomas como experiências psicóticas. Deve-se perguntar abertamente, porém com sensibilidade (“Em algum momento você sentiu que a vida não valia a pena? Chegou a pensar em acabar com sua vida?”), garantindo ao paciente que tais temas podem ser discutidos sem tabus e que a principal preocupação é ajudar. Avaliar risco é parte fundamental (por ex., se há plano suicida, presença de meios, intenção atual). Outro aspecto é adequar a entrevista a diferentes perfis de pacientes: com pacientes muito ansiosos ou desconfiados, pode ser necessário oferecer mais tranquilização e ir mais devagar; com pacientes maníacos ou muito loquazes, é preciso redirecionar gentilmente quando fogem do tema; com pacientes catatônicos ou deprimidos que mal falam, usar perguntas simples, pausas, e eventualmente obter informações complementares com familiares. Em casos de paciente agitado ou agressivo, a segurança física torna-se prioridade – possivelmente requer entrevista breve para avaliação inicial, contenção se necessário, e prosseguir a anamnese quando o paciente estiver mais calmo.

Coleta de história colateral: Sempre que possível, principalmente em quadros psicóticos, demenciais ou em pacientes com pouca crítica, é valioso obter informações de familiares ou pessoas próximas (com consentimento, exceto em emergências). A versão de um familiar sobre a cronologia e natureza dos sintomas pode esclarecer pontos que o paciente não consegue relatar (por falta de insight, amnésia lacunar de episódios etc.).

Registro da anamnese: Durante ou logo após a entrevista, o profissional deve organizar os dados colhidos em um prontuário psiquiátrico, registrando as informações de forma clara e completa. Itens subjetivos são escritos em linguagem descritiva, preferencialmente utilizando termos técnicos para fenômenos psicopatológicos quando cabível (por exemplo, ao invés de “fala sem nexo”, poderia registrar “pensamento desorganizado, com associações frouxas”). O registro fiel serve tanto para acompanhamento longitudinal quanto para comunicação com outros profissionais que venham a atender o paciente.

Em suma, a entrevista psiquiátrica bem conduzida é aquela que permite levantar a hipótese diagnóstica ou diagnósticos diferenciais, compreender a pessoa em sua integralidade psicossocial e, simultaneamente, iniciar um processo terapêutico (já que ser ouvido e acolhido muitas vezes tem efeito benéfico inicial). É uma competência que requer treinamento prático intensivo, feedback e refinamento ao longo da experiência clínica.

Resumo – Entrevista Psiquiátrica:

- **Objetivo e importância:** principal método de avaliação psiquiátrica, combinando coleta de dados e estabelecimento de vínculo terapêutico. Deve permitir compreender sintomas, contexto de vida e funcionamento global do paciente.
- **Estrutura da anamnese psiquiátrica:** identificação, queixa principal, história da doença atual (detalhamento de sintomas, curso e fatores desencadeantes), antecedentes psiquiátricos e médicos, história familiar de transtornos mentais, história de vida (desenvolvimento, traumas, personalidade pré-mórbida), situação psicossocial atual (relações, estressores), hábitos e uso de substâncias, tratamentos prévios e atuais, revisão sistemática de sintomas.
- **Técnicas de condução:** escuta ativa, perguntas abertas no início seguidas de perguntas focais para detalhes, comunicação empática, linguagem acessível, manejo de silêncios, observação de comunicação não verbal. Adaptação a casos especiais (paciente muito verborrágico, retraído, agressivo etc.) garantindo coleta de informação essencial e segurança quando necessário.
- **Vínculo e ética:** estabelecer relação de confiança, garantindo sigilo, respeito e não julgamento. Abordar temas sensíveis (ideação suicida, violência, sexualidade) de forma direta porém acolhedora. Incluir familiares na anamnese quando pertinente, sempre respeitando consentimento e autonomia do paciente.
- **Documentação:** registrar de forma organizada e completa as informações obtidas no prontuário psiquiátrico, usando terminologia técnica adequada. O registro deve refletir tanto os dados objetivos narrados quanto impressões clínicas (por exemplo, "afetividade embotada observada durante a entrevista").
- **Desfecho:** ao final da entrevista inicial, o profissional deve ter hipóteses diagnósticas bem delineadas e planejar os próximos passos (investigação complementar, exame do estado mental aprofundado, intervenções imediatas se risco presente). A entrevista também é contínua: cada contato subsequente é oportunidade de reavaliar e aprofundar a compreensão do paciente.

6. Exame do Estado Mental (EEM)

O Exame do Estado Mental é a avaliação sistemática e padronizada das funções psíquicas do paciente no momento da entrevista. Equivale, em analogia, ao exame físico na medicina geral – sendo que, na psiquiatria, as "áreas" examinadas são aspectos da aparência, comportamento, processos de pensamento, humor, funções cognitivas, entre outros. O EEM começa desde o primeiro contato, com a observação clínica, e se desenvolve ao longo da entrevista psiquiátrica, complementado por perguntas ou testes específicos para averiguar determinadas funções. A seguir, são descritos os principais domínios do exame mental:

- **Aparência:** Descrição da apresentação física do paciente. Inclui a roupa e vestuário (estão adequados à situação? São excêntricos, demasiado sujos ou inadequados climaticamente?), a higiene e cuidados pessoais (apresenta-se limpo, asseado ou há descuido sugestivo de auto-neglecto?), e características físicas notáveis (composição corporal, presença de cicatrizes de automutilação, expressão facial típica). A aparência pode oferecer pistas diagnósticas – por exemplo, um paciente catatônico pode estar imobilizado em postura peculiar; um paciente maníaco pode vestir-se de forma extravagante; já descuido extremo na aparência pode ocorrer em transtornos psicóticos crônicos ou depressão grave.
- **Comportamento e Atitude:** Envolve a atividade psicomotora observada e a atitude em relação ao entrevistador. Descreve-se o comportamento motor: está agitado (incapaz de ficar parado, hiperatividade), retardado (lentificação de movimentos, pouco responsivo), ou apresenta movimentos anormais (como tiques, estereotípias, movimentos repetitivos sem propósito – que podem aparecer em esquizofrenia crônica ou transtorno do espectro autista)? Também se observa a postura (ereto, caído, vigilante, intimidado) e o nível de cooperatividade ou atitude: por exemplo, o paciente mostra-se cooperativo, hostil, desconfiado, reservado ou excessivamente familiar? A atitude pode indicar fenômenos como desconfiança paranoide (paciente vigilante, evasivo nas respostas), ou familiaridade excessiva (possível desinibição maníaca).
- **Fala:** A linguagem verbal expressa do paciente é avaliada em seus aspectos formais. Registra-se o ritmo, velocidade, volume e articulação da fala. Por exemplo: fala acelerada e pressionada (com difícil interrupção) sugere taquilalia, típica de mania; fala muito lenta e com longas pausas pode indicar depressão severa ou bradipsiquismo; volume muito baixo, quase inaudível, ocorre em pacientes ansiosos, deprimidos ou esquizofrênicos retraídos; discurso incoerente ou com palavras mutiladas pode indicar afasia (por alteração neurológica) ou esquizofasia (linguagem desorganizada psicótica). Também se anota se há peculiaridades, como neologismos (invenção de palavras), ecolalia (repetir as falas do entrevistador), mussitação (sussurros inaudíveis). A fala fornece janela para o pensamento: por isso o exame da fala serve de transição para avaliar o pensamento em si.
- **Humor e Afeto:** O humor refere-se ao estado emocional de base do paciente conforme relatado ou observado, enquanto o afeto refere-se à expressão emocional momentânea, tal como percebida externamente. Pergunta-se ao paciente sobre seu estado de ânimo predominante (“Como você tem se sentido na maior parte do tempo?”) e se observa a congruência entre o relato e a expressão. Descrevem-se a qualidade do humor (eutímico = normal, deprimido, exaltado/eufórico, irritável, ansioso, apático), sua intensidade e estabilidade. Por exemplo, um paciente pode referir humor deprimido, com afeto condizente (face triste, choro fácil); ou humor irritável; ou ainda humor eufórico (no caso de mania, podendo haver afeto expansivo/inadequadamente alegre). O afeto é avaliado em termos de amplitude (variabilidade de expressão emocional) e congruência em relação ao conteúdo do pensamento. Afeto restrito ou embotado implica pouca variação emocional (frequente na esquizofrenia ou depressão grave); afeto inapropriado ocorre quando a expressão emocional não condiz com a situação ou discurso (por ex., riso imotivado ao falar

de assunto triste, sugestivo de transtorno psicótico). Também se nota se o afeto é lábil (mudanças bruscas e dramáticas, como chorar e logo rir, visto em alguns quadros neurológicos ou transtorno de personalidade borderline).

- **Pensamento (Curso e Conteúdo):** O exame do pensamento divide-se em avaliar o curso (forma) do processo pensante e o conteúdo dos pensamentos.

- **Curso ou forma do pensamento:** Refere-se à organização e fluxo das ideias. A forma normal é um pensamento lógico, coerente, dirigido ao objetivo (as respostas mantêm relação com as perguntas e as ideias têm conexão clara). Alterações do curso incluem: fuga de ideias (fluxo muito rápido, com associações contínuas e tangenciais – típico de mania, onde o paciente muda de assunto constantemente sem concluir); pensamento tangencial (o paciente se desvia do tópico e não retorna ao ponto central); pensamento circunstancial (excesso de detalhes desnecessários, embora eventualmente chegue ao ponto principal, comum em personalidades anancásticas ou quadros orgânicos leves); bloqueio de pensamento (interrupção súbita do curso, com lapsos de silêncio e retomada de outro assunto, o paciente frequentemente refere que “deu um branco” – pode ser visto em esquizofrenia); desorganização grave ou incoerência (também chamada salada de palavras ou esquizofasia, quando as conexões lógicas se perdem totalmente, deixando a fala incompreensível – indica transtorno psicótico grave); perseveração (repetição anormal de uma mesma ideia ou palavra, incapacidade de mudar o tópico, vista em quadros orgânicos ou esquizofrenia).

- **Conteúdo do pensamento:** Refere-se aos temas ou ideias predominantes que ocupam a mente do paciente. Aqui investigam-se fenômenos como ideias delirantes (delírios), ideias obsessivas, preocupações, fobias, ideias de autorreferência, pensamentos de morte etc. Delírios são crenças falsas, fixas, que não cedem à argumentação lógica e não são compartilhadas pela cultura do indivíduo (DALGALARRONDO, 2019). Deve-se anotar a presença de delírios e seu tipo: por exemplo, delírios persecutórios (convicção de estar sendo perseguido, espionado, alvo de conspiração), de grandeza (crenças infladas sobre si, poderes especiais, missão divina), ciúme delirante (convicção infundada de infidelidade do parceiro), somáticos/hipocondríacos (crenças de ter uma doença grave ou que partes do corpo estão alteradas), delírios místicos ou religiosos, de controle ou influência (sentir que pensamentos ou ações estão sendo controlados por forças externas), etc. Importa relatar o grau de sistematização (se formam um conjunto coerente ou são fragmentados) e a convicção aparente. Ideias obsessivas são pensamentos ou imagens intrusivas, reconhecidos pelo paciente como irracionais ou exagerados, mas que ele não consegue afastar (ex.: medo contaminação, dúvidas recorrentes) – tipicamente causam ansiedade e levam a compulsões no TOC. Fobias são medos irracionais desencadeados por objetos ou situações específicas (alturas, lugares fechados etc.), levando a evitação. Ideação suicida ou homicida também faz parte do conteúdo: deve-se documentar se o paciente relata pensamentos de se machucar ou machucar terceiros, planos, intenção, ou se já tentou algo (ver avaliação de risco adiante).

- **Sensopercepção:** Refere-se às experiências perceptivas do paciente. O examinador investiga se há alterações perceptivas como alucinações ou ilusões. Alucinações são percepções sem

objeto externo – o paciente percebe algo (voz, visão, sensação tátil, cheiro, sabor) que não está presente no ambiente, experimentando como se fosse real. Deve-se perguntar diretamente, porém de modo não indutivo (por exemplo: “Você tem ouvido vozes que outras pessoas não ouvem?” ou “Tem visto coisas que outras pessoas ao seu redor não conseguem ver?”). As alucinações auditivas (especialmente de vozes humanas, comentando ou comandando) são típicas da esquizofrenia, enquanto visuais podem ocorrer em síndromes orgânicas (delirium), uso de substâncias ou transtornos de humor graves com características psicóticas. Alucinações táteis ocorrem, por exemplo, em quadros de abstinência alcoólica (formigamentos de pequenos insetos sobre a pele, formicação). Alucinações olfativas ou gustativas são menos comuns, mas podem aparecer em epilepsia do lobo temporal ou alguns quadros psicóticos. Ilusões são percepções distorcidas de um objeto real (p. ex., ao ver uma sombra no escuro, interpretá-la como uma figura ameaçadora); ilusões podem acontecer transitoriamente em pessoas sem transtornos (ilusões de ótica) ou em estados alterados de consciência. Há também fenômenos intermediários como alucinações hipnagógicas/hipnopômicas (ao adormecer ou acordar, consideradas dentro da normalidade relativa) ou pseudo-percepções em que o paciente reconhece serem internas (como imagens mentais vívidas). Deve-se anotar claramente o tipo de fenômeno senso perceptivo relatado, sua frequência e impacto no paciente (por exemplo, vozes mandando se ferir trazem alto risco).

- **Cognição (Funções cognitivas):** Engloba diversas funções mentais superiores. No contexto do exame psiquiátrico geral, avalia-se de modo sumário.
- **Nível de Consciência:** se o paciente está alerta e vígil, ou rebaixado (sonolento, obnubilado, estuporoso). Em psiquiatria ambulatorial normalmente o paciente está consciente; alterações sugerem condição neurológica ou intoxicação.
- **Orientação:** verificar se o paciente está orientado em tempo, espaço e pessoa. Orientação auto psíquica (para si mesmo e identidade) geralmente está preservada, exceto em estados confusionais graves. Orientação alo psíquica: questionar data (dia, mês, ano), local onde se encontra, situação atual. Desorientação temporo espacial é típica de delirium ou demências avançadas.
- **Atenção e Concentração:** pode-se testar atenção fazendo o paciente repetir dígitos, fazer uma operação simples (ex.: soletrar uma palavra ao contrário, ou subtrair 7 em série a partir de 100 – teste dos “7 em 7”). Pacientes ansiosos ou com delirium têm atenção prejudicada facilmente.
- **Memória:** avaliar memória imediata (repete imediatamente três palavras), recente (lembrar dessas três palavras após alguns minutos; ou perguntar o que comeu no café da manhã) e remota (lembranças de infância, dados biográficos). Comprometimento de memória recente é comum em quadros demenciais iniciais; já amnésias lacunares podem ocorrer em estados dissociativos ou devido a traumas cranianos.
- **Capacidade intelectual e pensamento abstrato:** pela conversa geral e nível de escolaridade,

o examinador faz uma impressão geral do nível intelectual (dentro da média, acima, abaixo). Pode-se aplicar um provérbio para interpretação (“Pedra que rola não cria limo”) para ver a capacidade de abstração – respostas muito concretas podem indicar déficit intelectual ou alterações cognitivas frontais.

- **Praxia e Gnosia:** Em exame mental básico psiquiátrico, geralmente não se aplica sistematicamente testes de praxia (capacidade de executar comandos motores complexos) e gnosia (reconhecimento de objetos), exceto se suspeita de déficit neurológico; mas em avaliação neuropsicológica são relevantes.

- **Insight (Crítica) e Julgamento:** O insight refere-se ao grau de reconhecimento pelo paciente de que está doente ou de que suas percepções e pensamentos são sintomas. Pode variar desde *completo* (reconhece que tem um transtorno e necessidade de tratamento) até *ausente* (nega totalmente a doença ou atribui a causas externas, como acreditar firmemente em seu delírio). Já o julgamento diz respeito à capacidade de tomar decisões adequadas e ponderar consequências na vida cotidiana. É avaliado de forma prática – por exemplo, perguntar “o que faria se ao sentir cheiro de fumaça em casa?” ou avaliar decisões recentes do paciente (alguém psicótico sem insight pode ter julgamento prejudicado, como gastar todo dinheiro por acreditar em um delírio). Comprometimento de julgamento aparece em demências, retardo mental e em episódios psicóticos ou maníacos. Em suma, insight e julgamento são cruciais para planejar condutas: um paciente sem insight pode não aderir a tratamento; alguém com julgamento muito alterado pode requerer supervisão ou intervenção legal para proteção (como internação involuntária, nos termos da lei, se oferecer risco a si ou a outros).

- **Avaliação de Risco:** Embora não seja tradicionalmente listado como um item autônomo do exame mental clássico, em contextos clínicos atuais é prática padronizada incluir uma estimativa de risco de suicídio, autoagressão ou hetero agressão. Baseia-se em elementos já coletados (ideação suicida atual, presença de planos e meios, histórico de tentativas, presença de comando alucinatorio para violência etc.) combinados com julgamento clínico. Deve-se registrar se o paciente apresenta risco iminente e quais medidas foram tomadas.

Observação: O exame do estado mental deve ser descrito com objetividade, usando termos técnicos da psicopatologia para fenômenos observados, e preferindo descrições específicas a juízos vagos. Por exemplo, em vez de “pensamento estranho”, especificar “pensamento desorganizado, com ideias fragmentadas sem coerência lógica”. Da mesma forma, evitar termos valorativos como “paciente mal-educado” e sim descrever “atitude hostil durante a entrevista, recusando-se a responder certas perguntas”.

Resumo – Exame do Estado Mental:

- **Aparência e Comportamento:** Descrição do aspecto físico (vestimenta, higiene, expressão) e comportamento motor (agitação ou lentificação, movimentos anormais) e atitude (cooperação, hostilidade, desconfiança). Fornece indícios iniciais (ex.: descuido pode indicar

psicose crônica ou depressão; agitação psicomotora em ansiedade grave ou mania).

- **Fala:** Avaliar velocidade (taquifasia vs. bradifasia), volume, coerência e particularidades (mudez, verbosidade, neologismos). Alterações refletem o estado psíquico (ex.: fala pressionada em mania, pobreza de discurso na esquizofrenia).
- **Humor e Afeto:** Humor subjetivo predominante (deprimido, eufórico, irritado, ansioso ou eutímico) e afeto observado (amplo, restrito, lábil, congruente ou não com o humor e conteúdo). Importante na avaliação de transtornos de humor e adequação emocional (ex.: afeto embotado em esquizofrenia, humor ansioso com afeto tenso no transtorno de ansiedade).
- **Pensamento:** Forma (curso) e conteúdo. Na forma, verificar coerência vs. desvios como fuga de ideias, bloqueios, tangencialidade etc. No conteúdo, identificar ideias delirantes (tipos: perseguição, grandeza, referência etc.), ideias obsessivas, fobias, preocupações centrais, ideação suicida. Essencial para diagnosticar psicoses (presença de delírios) ou TOC (obsessões) e avaliar gravidade de depressão (ideias de morte).
- **Sensopercepção:** Identificar alucinações (auditivas, visuais, táteis, olfativas) ou ilusões. Fundamental em transtornos psicóticos (alucinações auditivas são sintoma-chave da esquizofrenia) e em delirium (ilusão e alucinação visuais frequentes). Registrar fenômenos e resposta do paciente a eles (se reconhece irreais ou age conforme as percepções).
- **Cognição:** Avaliar consciência (alerta ou rebaixada), orientação (auto e alopsíquica), atenção, memória (imediata, curta e longa), capacidade intelectual aproximada e pensamento abstrato. Importante para diferenciar quadro psiquiátrico funcional de alterações orgânicas/neurológicas (desorientação e déficit cognitivo sugerem delirium ou demência, não transtorno psiquiátrico primário).
- **Insight e Julgamento:** Avaliar se o paciente tem consciência de estar doente/transtornado (insight presente, parcial ou ausente) e capacidade de tomar decisões adequadas (julgamento intacto ou prejudicado). Isso orienta condutas: um paciente sem insight pode precisar de intervenções mais ativas (ex.: internação involuntária em casos extremos, conforme legislação) e educação sobre a doença para melhorar aderência.
- **Registro clínico:** O EEM deve ser registrado de forma organizada no prontuário sob cada um desses itens, oferecendo um “retrato mental” do paciente naquele momento. É uma parte crucial da documentação psiquiátrica e servirá de comparação em avaliações futuras (para perceber mudanças sob tratamento, por exemplo).

7. Principais Síndromes Psiquiátricas e Terminologia Básica de Psicopatologia

Neste tópico, apresentam-se de forma introdutória algumas das principais síndromes clínicas em psiquiatria e termos psicopatológicos fundamentais, que já foram sendo mencionados ao longo do texto. *Síndrome* em psiquiatria refere-se a um conjunto típico de sinais e sintomas

que costuma aparecer em conjunto, associado a determinados transtornos. Conhecer síndromes ajuda na organização diagnóstica. A seguir, algumas síndromes básicas e conceitos:

- **Síndrome Psicótica:** Caracteriza-se pela presença de sintomas psicóticos, principalmente delírios e alucinações, além de possíveis alterações formais do pensamento e comportamento desorganizado. O indivíduo com psicose pode apresentar delírios (crenças falsas fixas, como acreditar estar sendo perseguido ou ter poderes especiais) e alucinações (percepções sem estímulo real, como ouvir vozes inexistentes). A psicose implica uma perda de contato significativo com a realidade. Essa síndrome está presente em transtornos como Esquizofrenia, Transtorno Esquizoafetivo, Transtorno Delirante Persistente, episódios psicóticos de humor (depressão psicótica, mania psicótica) e em condições orgânicas (ex.: delirium, demências em fases com sintomas psicóticos). Terminologia básica associada: *delírio* (convicção inabalável em algo claramente falso ou fantasioso), *alucinação* (percepção sem objeto, podendo ser auditiva – mais comum –, visual, tátil etc.), *ideias de referência* (interpretação de estímulos aleatórios como se tivessem significado especial dirigido a si, ex.: acreditar que comentários na TV são sobre si). Também, *comportamento catatônico* (marcada alteração psicomotora, como estupor, negativismo ou flexibilidade cêrea) é uma expressão particular da síndrome psicótica em alguns casos.

- **Síndrome Depressiva:** Engloba os sintomas nucleares da depressão. Caracteriza-se por humor persistentemente rebaixado (tristeza profunda) e/ou anedonia (perda de interesse ou prazer nas atividades habituais), acompanhados de uma variedade de sintomas físicos e cognitivos: fadiga ou perda de energia, alterações de apetite e peso (ganho ou perda), distúrbios do sono (insônia inicial, intermediária ou terminal, ou hipersonia), agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de baixa autoestima ou culpa excessiva, dificuldades de concentração e pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Na síndrome depressiva clássica (Transtorno Depressivo Maior), esses sintomas duram pelo menos duas semanas e causam prejuízo no funcionamento. Termos associados: *humor deprimido* (sentimento de tristeza, vazio, desespero), *anedonia* (incapacidade de sentir prazer), *ideação suicida* (pensamentos de morte, desejo de morrer ou planejar suicídio). Na linguagem leiga, “depressão” às vezes é usada para tristeza passageira, mas tecnicamente refere-se a esse conjunto sindrômico mais amplo. Existe ainda a *depressão mascarada*, onde sintomas somáticos são proeminentes e o humor triste nem sempre é verbalizado claramente.

- **Síndrome Maníaca (ou Hipomaníaca):** O oposto da depressiva, presente nos transtornos do espectro bipolar. Na mania, há humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável, acompanhado de energia aumentada. Sintomas típicos incluem: autoestima inflada ou grandiosidade, redução da necessidade de dormir, loquacidade aumentada (fala muito acelerada, difícil de interromper), fuga de ideias (pensamentos saltando rapidamente), distraibilidade aumentada, envolvimento em atividades de risco (gastos excessivos, sexualidade imprudente, investimentos duvidosos) e frequentemente pouca crítica sobre o comportamento. Para caracterizar um episódio maníaco (no transtorno bipolar tipo I), esses

sintomas devem persistir pelo menos 1 semana (ou qualquer duração se exigirem hospitalização) e causam prejuízo acentuado ou psicose. A forma mais branda, hipomania, dura pelo menos 4 dias, com sintomas semelhantes porém menos intensos e sem prejuízo tão grave (nem psicose). Termos: *euforia* (alegria patológica, exagerada), *expansividade* (comportamento desinibido, familiaridade excessiva), *irritabilidade* (alguns pacientes maníacos, em vez de euforia, ficam predominantemente irritados), *insight pobre* (não reconhece que está doente).

- Síndrome Ansiosa: Abrange manifestações dos transtornos de ansiedade. A ansiedade patológica vai além da preocupação normal do dia a dia, sendo excessiva ou desproporcional, frequentemente acompanhada de sintomas somáticos de hiperatividade autonômica. Pode se apresentar de diversas formas: ansiedade generalizada (preocupação crônica e difusa, difícil de controlar, com sintomas como tensão muscular, insônia, irritabilidade); síndrome do pânico (episódios súbitos de medo intenso, acompanhados de palpitações, falta de ar, sensação de morte iminente – os *ataques de pânico* – que podem levar a medo de novos ataques e *agorafobia*); fobias específicas (ansiedade acentuada e evitamento diante de objetos/situações específicas, p. ex. fobia de altura, de falar em público); ansiedade social (medo marcante de situações sociais por medo de humilhação); transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), embora classificado separadamente do DSM-5, envolve ansiedade gerada por obsessões e aliviada temporariamente por compulsões. Sintomas físicos comuns na síndrome ansiosa: sudorese, tremores, taquicardia, sensação de falta de ar, tontura, frio na barriga etc., resultantes da ativação adrenérgica. Termos: *ansiedade antecipatória* (medo antecipado antes de eventos), *evitamento* (comportamento de fuga de situações que provocam ansiedade), *hipervigilância* (estado de alerta constante, típico no transtorno de estresse pós-traumático).

- Síndrome Demencial (Transtorno Neuro Cognitivo Major): Embora seja parte da neurologia e geriatria, é relevante à psiquiatria. Caracteriza-se por um declínio adquirido em uma ou múltiplas funções cognitivas (memória, função executiva, linguagem, praxia, reconhecimento, habilidades sociais) a ponto de interferir na independência do indivíduo (DALGALARRONDO, 2019). Por exemplo, na Doença de Alzheimer, o quadro envolve perda de memória recente acentuada, desorientação progressiva, dificuldades de linguagem e alterações comportamentais (como apatia ou agitação). Outras demências: Vascular, Corpos de Lewy, Fronto temporal etc., cada qual com perfil específico. Sintomas psiquiátricos como delírios paranóides ou alucinações podem surgir nas demências (síndrome psicótica secundária). Termos: *afasia* (perda da capacidade de usar linguagem), *apraxia* (incapacidade de realizar tarefas motoras apesar de função motora intacta), *agnosia* (não reconhecer objetos ou pessoas familiares).

- Síndrome Abstinência/Intoxicação por Substâncias: Os transtornos relacionados a substâncias frequentemente se apresentam com síndromes características. Por exemplo, a síndrome de abstinência alcoólica pode incluir ansiedade, tremores, insônia, náuseas, e em casos graves alucinações táteis/visuais e confusão mental (delirium tremens). A intoxicação por estimulantes (como cocaína, anfetamina) apresenta euforia, loquacidade, taquicardia,

possíveis ideias paranoides; já a intoxicação por depressores (benzodiazepínicos, opioides) cursa com sonolência, lentificação psicomotora, fala pastosa. Essas síndromes são importantes para diagnóstico diferencial quando um paciente chega agitado ou confuso – sempre considerar substâncias como causa potencial de sintomas psiquiátricos.

- **Transtornos da Personalidade (TP):** Não uma síndrome “aguda”, mas um padrão crônico e inflexível de experiência interna e comportamento que deviam do esperado culturalmente, causando prejuízo. Alguns termos básicos: personalidade borderline – instabilidade afetiva, impulsividade e relações interpessoais caóticas; personalidade antissocial – desrespeito por normas e direitos alheios; personalidade obsessiva-compulsiva (anancástica) – perfeccionismo, rigidez, preocupações com ordem; personalidade esquizoide/esquizotípica – distanciamento social e afetivo (esquizoide) ou excentricidades cognitivas/perceptivas (esquizotípica). Embora os TP sejam temas avançados, no módulo introdutório importa reconhecer que certos traços permanentes de personalidade podem influenciar a apresentação dos transtornos e a relação terapêutica.

7.1. Terminologia básica adicional:

- **Ilusão:** percepção distorcida de um estímulo real (ex.: confundir uma corda com uma cobra).
- **Obsessão:** pensamento, imagem ou impulso recorrente, intrusivo, que causa ansiedade (ex.: dúvida repetitiva de ter esquecido a porta aberta), reconhecido pelo indivíduo como irracional.
- **Compulsão:** comportamento repetitivo ou ato mental realizado em resposta a uma obsessão ou segundo regras rígidas, geralmente para reduzir ansiedade (ex.: lavar as mãos dezenas de vezes para aliviar medo de contaminação).
- **Transtorno Mental Orgânico:** termo histórico para quadros psiquiátricos com causa identificável no cérebro (como delirium, demências etc.), hoje substituído por terminologia específica (transtorno neurocognitivo etc.).
- **Psicopatologia:** estudo dos sintomas e sinais dos transtornos mentais (ex.: psicopatologia descritiva define termos como delírio, alucinação etc.).
- **Neurose vs. Psicose:** distinção histórica (hoje menos usada formalmente) onde neurose referia-se a transtornos sem perda da realidade (ex.: transtornos ansiosos, depressão leve) e psicose implicaria perda do juízo de realidade (ex.: esquizofrenia, mania psicótica). Apesar de não serem categorias oficiais no DSM-5, os termos ainda aparecem no discurso clínico.

Resumo – Síndromes e Termos Psicopatológicos:

- **Psicose:** conjunto de sintomas incluindo delírios e alucinações, indicativos de perda de contato com a realidade. Exemplos: esquizofrenia (delírios, alucinações auditivas típicas,

desorganização de pensamento), transtornos psicóticos breves ou secundários a humor. Termos-chave: delírio (crença falsa fixa), alucinação (percepção sem estímulo real).

- **Depressão:** humor deprimido e/ou perda de prazer, com sintomas somáticos (insônia, apetite), cognitivos (culpa, indecisão) e ideação de morte. Síndrome presente em transtorno depressivo maior e fases depressivas do transtorno bipolar. Termos: humor deprimido, anedonia, ideação suicida.

- **Mania/Hipomania:** humor anormalmente elevado ou irritável, energia e autoestima aumentadas, redução do sono, pensamento acelerado (fuga de ideias) e comportamentos impulsivos. Síndrome presente no transtorno bipolar. Termos: euforia, grandiosidade, impulsividade, falta de insight.

- **Ansiedade patológica:** medo ou preocupação excessiva, acompanhada de sintomas autonômicos (taquicardia, tremor). Pode manifestar-se como ansiedade generalizada, ataques de pânico, fobias ou sintomas obsessiva-compulsivos. Termos: ataques de pânico, fobia, obsessão, compulsão.

- **Transtorno neurocognitivo (Demência):** declínio cognitivo global (memória, orientação etc.), com possível presença de sintomas psiquiátricos secundários. Ex.: doença de Alzheimer. Termos: desorientação, déficit de memória, demência.

- **Termos gerais:** ilusão (distorção perceptiva), insight (reconhecimento da doença), julgamento (tomada de decisões sensatas), entre outros, compõem o vocabulário psicopatológico que o profissional deve dominar para descrever com precisão o estado mental e as síndromes do paciente.

SIMULADO

Segundo a definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), saúde mental é corretamente entendida como:

Questão 1

- A) Ausência completa de sintomas psiquiátricos
- B) Capacidade de adaptação social sem sofrimento subjetivo
- C) Estado de bem-estar que permite ao indivíduo realizar potencialidades, lidar com estresses da vida e contribuir com a comunidade
- D) Funcionamento psicológico normal independente de fatores culturais
- E) Condição estável determinada exclusivamente por fatores biológicos

Questão 2

De acordo com o DSM-5, um transtorno mental é caracterizado principalmente por:

- A) Qualquer comportamento socialmente desviante
- B) Perturbação clinicamente significativa da cognição, emoção ou comportamento associada a disfunção subjacente
- C) Incapacidade laboral prolongada
- D) Sofrimento subjetivo isolado
- E) Presença obrigatória de alterações neuroanatômicas

Questão 3

A distinção entre normalidade e patologia em saúde mental:

- A) É fixa e universal
- B) Independe de fatores históricos
- C) É influenciada por contextos culturais e históricos
- D) É definida exclusivamente por critérios legais
- E) Baseia-se apenas em estatísticas populacionais

A Lei nº 10.216/2001 no Brasil representa principalmente:

- A) Retorno ao modelo asilar clássico
- B) Exclusão da psiquiatria do SUS
- C) Garantia de direitos e cuidado preferencial em serviços comunitários
- D) Extinção das internações psiquiátricas
- E) Transferência do cuidado ao setor privado

Questão 5

O estigma associado aos transtornos mentais:

- A) Não interfere na definição diagnóstica
- B) É fenômeno exclusivamente individual

- C) Influenciou historicamente conceitos de doença mental
- D) Foi eliminado com o DSM-5
- E) É irrelevante para políticas públicas

2. HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL (5 questões)

Questão 6

Philippe Pinel é historicamente associado:

- A) À criação da psicofarmacologia moderna
- B) À primeira classificação nosológica
- C) À humanização inicial do tratamento psiquiátrico
- D) À introdução da psicanálise
- E) À eletroconvulsoterapia

Questão 7

A principal contribuição de Emil Kraepelin foi:

- A) Defesa da desinstitucionalização
- B) Criação da CID
- C) Classificação sistemática dos transtornos mentais
- D) Teoria do inconsciente
- E) Introdução do lítio

Questão 8

A Reforma Psiquiátrica brasileira foi fortemente influenciada por:

- A) Modelo norte-americano hospitalar
- B) Psiquiatria soviética
- C) Movimento italiano liderado por Franco Basaglia
- D) Psicanálise clássica
- E) Neurociências contemporâneas

Questão 9

A Lei nº 10.216/2001 estabelece que o tratamento deve ser preferencialmente:

- A) Em hospitais psiquiátricos especializados
- B) Em regime de internação prolongada
- C) Em serviços comunitários de saúde mental
- D) Exclusivamente ambulatorial
- E) Privado e terceirizado

Questão 10

A psiquiatria contemporânea resulta do diálogo entre:

- A) Psicodinâmica e espiritualidade
- B) Neurociência e sociologia
- C) Vertentes biológica e psicossocial
- D) Psiquiatria clássica e antipsiquiatria
- E) Farmacologia e psicanálise exclusivamente

3. EPIDEMIOLOGIA EM PSIQUIATRIA (5 questões)

Questão 11

Segundo a OMS, os transtornos mentais representam:

- A) Principal causa de mortalidade global
- B) Maior causa de anos vividos com incapacidade
- C) Condições raras
- D) Problemas restritos a países ricos
- E) Eventos transitórios sem impacto social

Questão 12

O Brasil apresenta a maior prevalência mundial de:

- A) Esquizofrenia
- B) Transtorno bipolar
- C) Transtornos de ansiedade
- D) Transtornos alimentares
- E) Demências

Questão 13

A prevalência global aproximada da esquizofrenia é:

- A) 0,1%
- B) 0,5%
- C) 1%
- D) 5%
- E) 10%

Questão 14

A pandemia de COVID-19 resultou em:

- A) Redução dos transtornos mentais
- B) Estabilidade epidemiológica
- C) Aumento estimado de 25% em depressão e ansiedade

- D) Aumento apenas de psicose
- E) Impacto irrelevante

Questão 15

Fatores de risco importantes para transtornos mentais incluem:

- A) Apenas genética
- B) Apenas traumas
- C) Vulnerabilidade social, traumas e predisposição genética
- D) Escolaridade elevada
- E) Exclusivamente eventos recentes

Questão 16

Uma diferença estrutural importante do DSM-5 em relação ao DSM-IV é:

- A) Introdução de eixos adicionais
- B) Eliminação do sistema multiaxial
- C) Exclusão dos transtornos de personalidade
- D) Substituição pela CID
- E) Redução de critérios diagnósticos

Questão 17

A CID-11 é utilizada oficialmente no Brasil principalmente para:

- A) Pesquisa acadêmica
- B) Psicoterapia
- C) Registro e estatísticas de saúde
- D) Exclusivamente ensino médico
- E) Avaliação psicodinâmica

Questão 18

O Transtorno de Jogos Eletrônicos foi incluído oficialmente em:

- A) DSM-IV
- B) DSM-5
- C) CID-10
- D) CID-11
- E) Nenhum manual

Questão 19

O uso adequado dos manuais diagnósticos exige:

- A) Aplicação mecânica dos critérios
- B) Exclusão do julgamento clínico

- C) Integração com contexto cultural e clínico
- D) Uso apenas estatístico
- E) Substituição da entrevista

Questão 20

DSM-5 e CID-11:

- A) São incompatíveis
- B) Têm objetivos opostos
- C) São complementares
- D) Um substitui o outro
- E) Não compartilham categorias

5. ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA (5 questões)

Questão 21

A escuta ativa na entrevista psiquiátrica visa principalmente:

- A) Acelerar o diagnóstico
- B) Controlar a fala do paciente
- C) Construir vínculo e obter narrativa qualificada
- D) Evitar envolvimento emocional
- E) Reduzir o tempo da consulta

Questão 22

A abordagem inicial recomendada é:

- A) Diretiva e estruturada
- B) Baseada em checklist
- C) Não diretiva, com perguntas abertas
- D) Focada no diagnóstico imediato
- E) Técnica e impessoal

Questão 23

A história colateral é especialmente importante em:

- A) Transtornos de ansiedade
- B) Pacientes com bom insight
- C) Psicoses e demências
- D) Transtornos leves
- E) Situações sem risco

Questão 24

Perguntar diretamente sobre ideação suicida:

- A) Induz o suicídio
- B) Deve ser evitado
- C) É parte essencial da avaliação
- D) Só deve ser feito em emergências
- E) Viola ética médica

Questão 25

O silêncio terapêutico:

- A) Sempre indica falha da entrevista
- B) Deve ser evitado
- C) Pode ter função clínica
- D) Significa resistência
- E) Indica psicose

6. EXAME DO ESTADO MENTAL (5 questões)

Questão 26

O EEM é corretamente comparado ao:

- A) Exame laboratorial
- B) Exame físico da psiquiatria
- C) Questionário de triagem
- D) Diagnóstico definitivo
- E) Avaliação psicométrica

Questão 27

Fala pressionada e fuga de ideias sugerem:

- A) Depressão
- B) Ansiedade generalizada
- C) Mania
- D) Demência
- E) TOC

Questão 28

Afeto embotado é mais comum em:

- A) Transtornos de ansiedade
- B) Esquizofrenia
- C) TOC

- D) Hipomania
- E) Fobias

Questão 29

Delírios são definidos como:

- A) Ideias supervalorizadas
- B) Crenças falsas fixas não compartilhadas culturalmente
- C) Pensamentos intrusivos reconhecidos como irracionais
- D) Medos específicos
- E) Interpretações simbólicas

Questão 30

Desorientação temporoespacial sugere principalmente:

- A) Transtorno depressivo
- B) Transtorno de ansiedade
- C) Delirium ou demência
- D) TOC
- E) Transtorno de personalidade

7. SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS E PSICOPATOLOGIA (5 questões)

Questão 31

A síndrome psicótica é caracterizada principalmente por:

- A) Ansiedade intensa
- B) Delírios e/ou alucinações
- C) Tristeza profunda
- D) Déficit cognitivo leve
- E) Impulsividade

Questão 32

Anedonia refere-se a:

- A) Tristeza
- B) Falta de energia
- C) Incapacidade de sentir prazer
- D) Culpa excessiva
- E) Retardo psicomotor