

LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE SAÚDE MENTAL

ANAXÁGORAS VASSILI DE LIMA
MARGIANE NEVES PEREIRA

EXAME DO ESTADO MENTAL NA PROPEDÊUTICA PSIQUIÁTRICA: uma revisão
de literatura

São Luís
2012

ANAXÁGORAS VASSILI DE LIMA
MARGIANE NEVES PEREIRA

EXAME DO ESTADO MENTAL NA PROPEDÊUTICA PSIQUIÁTRICA: uma revisão
de literatura

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – da Laboro – Excelência em Pós / Universidade Estácio de Sá para Obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís
2012

ANAXÁGORAS VASSILI DE LIMA
MARGIANE NEVES PEREIRA

EXAME DO ESTADO MENTAL NA PROPEDÊUTICA PSIQUIÁTRICA: uma revisão
de literatura

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – da Laboro – Excelência em Pós / Universidade Estácio de Sá para Obtenção do título de Especialista em Saúde Mental.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Mônica Elinor Alves Gama
Doutora em Medicina
Universidade de São Paulo-SP

Prof.^a Rosemary Ribeiro Lindholm
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade de São Paulo-SP

DEDICATÓRIA

À Lucas – filho de Margiane – nascido durante a elaboração da monografia.

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo Dom da vida.

À minha funcionária Cristiane Martins Cunha pela digitação desta monografia.

Às nossas famílias, pela compreensão e apoio.

A todos os funcionários da Laboro, que direta ou indiretamente contribuíram com este trabalho.

O homem é um animal não definido.

(Friedrich Nietzsche)

RESUMO

O presente trabalho aborda sobre o tema propedêutica psiquiatria – uma revisão de literatura. Comenta desde conceito de propedêutica e sua aplicação dentro da prática clínica psiquiátrica, como também seus elementos, fundamentos e sequências e passos na mesma. Comenta ainda sobre vários conceitos sobre funções psíquicas – seu uso atualmente – diferentes opiniões de diversos autores.

Palavras-chaves: Propedêutica. Psiquiatria. Conceitos. História psiquiátrica. Exame do estado mental.

ABSTRACT

The present work comment about the theme propedeutic psychiatric – one revision of literature. Comment since the concept of propedeutic and your application inside of the pratic psychiatric clinic, also comment your elements, fundaments, sequences and etapes in the psychiatry clinic. Comment yet about many concepts about psychics functions – your use today – different opinions of many actors.

Keywords: Propedeutic. Psychiatry. Concepts. Psychiatry history. Avaliation of mental state.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA	11
3	JUÍZO DE REALIDADE E O DELÍRIO	15
4	ORIENTAÇÃO	19
4.1	Patologias da orientação	20
5	ATENÇÃO	21
6	CONSCIÊNCIA	23
7	MEMÓRIA	25
7.1	Patologias da memória	26
8	A INTELIGÊNCIA	28
8.1	Patologias e déficits da inteligência	29
9	LINGUAGEM	30
9.1	Patologias da linguagem	31
10	AFETIVIDADE	33
11	PERSONALIDADE	35
12	SEXUALIDADE	37
13	MOTRICIDADE-VONTADE	39
14	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS	42
	ANEXOS	45

1 INTRODUÇÃO

Propedêutica é um conceito de origem grega cujo significado é atalho inicial. É a preparação ou a introdução de determinado saber básico. Na medicina denomina-se o somatório de vários procedimentos disponibilizados para a construção de um alicerce empregado pelo médico para se guiar e se chegar a um diagnóstico (PORTO, 2000).

A psiquiatria surge como ciência estruturada depois de Emil Kraepelin – chamou à demência precoce a esquizofrenia. Tirou a psiquiatria do seu abuso de classificações, consagrando o estudo dos quadros clínicos mentais (SILVA, 1998).

Por sua vez, a semiologia, um elemento também importante para compreensão da temática desenvolvida nesse trabalho é a base, o pilar fundamental da atividade médica. Ela diz respeito à prática da observação cuidadosa, do olhar para examinar, interpretar e ouvir; da observação direta acerca do problema citado e de um pensamento crítico e analítico para descrever e reconhecer em um quadro sintomático um diagnóstico para uma patologia qualquer (DALGALARRONDO, 2000).

Nesse sentido, entende-se que é inviável investigar acerca da propedêutica psiquiátrica, sem antes se faça uma abordagem aos conceitos de psicopatologia e de psiquiatria, devido à importância de tais termos para que se dêem os procedimentos que fundamentarão a propedêutica aplicada a essas ciências.

A propedêutica oferece à Psiquiatria uma possibilidade de prática e estabelecimentos de critérios para mapeamento de um quadro clínico, assim como possibilita que o profissional responsável defina quais serão os métodos adotados para triagem do quadro clínico geral. Compreendendo que esta se trata de conhecimentos que devem ser treinados ainda no período de formação profissional e uma vez que tal formação deve ser contínua. Assim, questiona-se: porque não se observam, de forma satisfatória, resultados de investimentos advindos de estudos em propedêutica?

Por que ainda se constata a falta de interesse de alunos e instituições em estudos acerca dessa temática, fato justificadas pelo escasso número de publicações voltadas ao estudo de uma propedêutica psiquiátrica?

Outro questionamento que vigora neste trabalho dá-se com base no fato de estar-se delimitando esse estudo da área da saúde mental. Partindo dessa premissa, fica evidente que a prática da propedêutica psiquiátrica evolui no momento em que o profissional responsável pela sistemática deverá fazer uso de uma escuta voltada ao problema proposto e também à existência do sujeito nesse problema. Assim, não basta estudar a patologia, ou seja, a enfermidade, mas estudar o enfermo. Logo, questiona-se: existe uma propedêutica ideal? Quais os procedimentos e conhecimentos necessários ao profissional responsável antes que se faça uma propedêutica?

Tomando-se como base tais problemas de pesquisa, é objetivo geral desse estudo monográfico, identificar na literatura todos os passos e sequências para se chegar a uma propedêutica psiquiátrica adequada.

Igualmente, definem-se objetivos específicos: 1) conceituar semiologia e psiquiatria, observando-se aspectos conceituais e históricos; 2) descrever os elementos para uma propedêutica aplicada à psiquiatria; 3) definir as funções psíquicas necessária à propedêutica psiquiátrica; 4) apresentar um modelo de propedêutica psiquiátrica.

Ela é aplicada na prática clínica psiquiátrica através da própria anamnese, parte da semiologia médica, composta da história clínica e do exame do estado mental, seus dois principais elementos (MACKINON, 2008).

A propedêutica psiquiátrica é realizada quase na sua totalidade através da entrevista clínica, podendo ser utilizados como métodos auxiliares, exames e testes psicológicos (KAPLAN, 1995).

Entende-se tratar de um tema relevante porque discute a semiologia, um assunto base da prática clínica e por se tratar de um tema abrangente no âmbito das ciências da saúde (psiquiatria) e das ciências humanas (psicologia e filosofia) (JANET, 1926).

2 HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA

A história clínica, de um modo geral, é baseada na entrevista que nesse caso específico, uma entrevista clínica. Toda entrevista, seja qual seja seu tipo tem por finalidade colher informações sobre determinado assunto ou pessoa, ou mesmo avaliar um perfil de uma pessoa, coisa ou objeto (PORTO, 2000).

Uma entrevista profissional difere de outros tipos de entrevistas em que um indivíduo está consultando alguém que é considerado um especialista. Espera-se que o “profissional” ofereça alguma forma de ajuda, seja ele advogado, economista, arquiteto, psicólogo, assistente social ou médico.

Numa entrevista médica, diante do sofrimento e necessidade de alívio, espera-se, então, que o outro forneça esse alívio. A esperança de obter ajuda para avaliar seu sofrimento motiva o paciente a expor-se e a “contar tudo”. Esse processo é auxiliado pela confidencialidade da relação médico paciente.

A entrevista psiquiátrica difere das entrevistas clínicas em uma série de aspectos. Como Sullivam (apud Mackinnon, 2008) demonstrou, o psiquiatra é considerado um especialista no campo das relações interpessoais, conseqüentemente, o paciente espera encontrar mais do que um simpático ouvinte.

Os dados colhidos na entrevista psiquiátrica são importantes através das queixas do paciente e seus respectivos sinais e sintomas, para a tentativa de elaboração de um diagnóstico clínico e daí, uma intervenção terapêutica adequada (KAPLAN, 1995).

“Toda vida psíquica é um todo como forma temporal. Se quisermos apreender um indivíduo, temos de possuir a visão de sua vida desde o nascimento até a morte. Toda história clínica correta vai dar na biografia enraizado no todo existencial, a “doença psíquica”, não se pode, dele destacada, apreender. Chama-se bios do indivíduo esse todo e chama-se biografia a respectiva descrição, na linguagem comum, biografia do indivíduo chama-se seu próprio bios” (JASPERS, 1979).

2.1 História clínica

2.1.1 Esboço da anamnese psiquiátrica

a) Dados de identificação

Estas informações oferecem um resumo demográfico sucinto do paciente por nome, idade, sexo, ocupação, residência, procedência e naturalidade.

b) Queixa principal

A queixa principal, nas palavras do próprio paciente, enuncia o motivo pelo qual veio em busca de auxílio. A explicação do paciente não importando quão bizarro ou irrelevante, deve ser registrada literalmente.

c) História da doença atual

Esta parte da história psiquiátrica oferece um amplo quadro abrangente e cronológico dos eventos que levaram até o atual momento da vida do paciente.

d) Doenças anteriores (psiquiátricas e médicas)

São descritos episódios passados de doenças tanto psiquiátricas quanto médicas.

Com relação à história médica passada, o médico deve obter uma revisão dos sintomas e anotar quaisquer doenças médicas ou cirúrgicas e traumas importantes, particularmente aqueles que exigiram hospitalização. Episódios de trauma crânio cerebral, doenças neurológicas, tumores e distúrbios convulsivos são especialmente relevantes para a história psiquiátrica, assim como um histórico para o vírus HIV. Questões específicas precisam ser indagadas acerca da presença de um distúrbios convulsivos, alterações nos padrões habituais de dor de cabeça, alteração na visão e episódios de confusão e desorientação. Uma história de infecção por sífilis é crítica e relevante.

e) História pessoal pregressa

A anamnese, ou história pessoal pregressa, geralmente é dividida nos principais períodos do desenvolvimento, ou seja, pré e perinatal, primeira infância (nascimento até os 3 anos), infância intermediária (3 aos 11 anos), infância tardia (puberdade até a adolescência).

f) Idade adulta**• História ocupacional**

O entrevistador deverá explorar as experiências de trabalho do paciente. Primeiro emprego, emprego atual, motivo da escolha profissional, relacionamentos no trabalho.

• História conjugal

Nesta seção, o entrevistador investigará a história dos relacionamentos, inclusive casamentos, legal ou de fato, do paciente. Os relacionamentos deverão incluir inclusive o período de namoro.

• História educacional

O entrevistador deverá explorar as experiências escolares do paciente, inclusive sua bagagem educacional. Seu desempenho acadêmico, histórico escolar dos pais, história de abandono da escola, reprovações, relacionamentos com alunos e professores.

• História Religiosa

O entrevistador deverá descrever a prática religiosa e cultural de ambos os pais, bem como a instrução religiosa do paciente. Seus motivos de escolha da religião, como foi a educação religiosa da criança, rituais, normas e práticas religiosas de sua religião.

• História legal

O entrevistador deverá perguntar sobre histórias de violência, uso de substâncias psicoativas e históricos de prisões e passagens pela polícia.

• História familiar

O entrevistador deve perguntar sobre os membros da família: pais do paciente, irmãos e filhos, ou quaisquer membros importantes da família. Além disso a história familiar deverá descrever as personalidades das várias pessoas que vivem na casa do paciente, desde a infância até a presente data. O entrevistador também deverá definir o papel que cada um desempenhou na criação do paciente e sua atual relação com ele.

• História sexual

A história sexual é uma área pessoal e embaraçosa para a maior parte dos pacientes. Será mais fácil eles responderem às questões do médico, se forem feitas de maneira prática, profissional. A sexualidade infantil nem sempre é lembrada

pelo paciente. E de todas as etapas da vida do paciente a história sexual da adolescência é a mais importante, onde começa o aparecimento dos primeiros caracteres sexuais, marcando o início da puberdade.

- **História social**

O psiquiatra deve descrever a vida social e a natureza das amizades do paciente, com ênfase na profundidade, duração e qualidade das relações humanas.

Deve perguntar também sobre sua situação atual de vida. Inquirir sobre onde o paciente mora em detalhes que descrevam tanto a vizinhança, quanto a residência do mesmo. Deve perguntar sobre as fontes de rendimento da família e eventuais dificuldades financeiras. Ainda, se está desempregado ou trabalhando no momento.

2.1.2 Exame do estado mental

a) Inspeção geral

É a parte da avaliação clínica que descreve a soma total das observações do examinador sobre o paciente psiquiátrico no momento da entrevista. Inclui a descrição da aparência, fala, ações e pensamentos do paciente durante a entrevista (KAPLAN, 1995).

3 JUÍZO DE REALIDADE E O DELÍRIO

A lógica, como disciplina da filosofia, relaciona-se com o juízo no que diz respeito a uma sequência com as normas do pensamento, deixando de lado outras questões como dialética e a metafísica. O juízo, nada mais é do que afirmar ou negar a associação entre dois conceitos. O juízo pode representar o verdadeiro ou o falso relacionando-se com o fato objetivo (PAIM, 1979).

Delírio: denominam-se delírios como alterações iniciais do juízo, caracterizadas pela perda do contato da realidade, que não se deduzem de outras vivências, nem mentais, nem afetivas.

O exame mais minucioso da questão do delírio nos ensina que, de fato, não ocorre uma alteração do juízo. A alteração antecede a elaboração do juízo. O transtorno evidencia-se na própria ação de elaboração da premissa. A premissa é equivocada, mas o pensamento que se desencadeia a partir desse erro formal é devidamente coerente (MELO, 1981).

O delírio demonstra-se em sua totalidade, principalmente como ato de configuração da realidade para quem delira, revelando-se por seu modo, e assim, sendo um princípio que nele se apresenta.

É a realidade que justifica os elementos do delírio, invadindo o homem doente, constituindo-se, sua formação num ato da mente (PAIM, 1979).

Podemos conceituar como idéias delirantes todos os juízos inverídicos que em variados níveis guardam as seguintes características: 1º) Razão inabalável com que lhe impregnam, dono de uma verdade sem comparações; 2º) De ser impossível a influência por parte da vivência e do pensamento; 3º) Conteúdo impossível.

Se levarmos em conta a natureza dos delírios segundo Jaspers (1979) podemos dividir em dois tipos: uns desencadeados de modo significativo para nós, de experiências afetivas, produzindo reações de culpa e outros incompreensíveis. Outros não podemos seguir segundo fatos psicológicos, os primeiros são as idéias deliróides, sendo idéias delirantes a segunda (JASPERS, 1979).

3.1 Patologia do juízo

- Delírios de perseguição: os modos de começo são os mais variados. Muitas vezes, surge de maneira inesperada, como inspiração, idéia que surge na mente doente com a inabalável certeza subjetiva que lhe é própria.

- Delírio de relação: Neste caso, os fatos mais cotidianos passam a ter significado especial, os objetivos e as vivências do dia a dia em particular.

- Delírio de influência: os doentes se dizem vítimas de estarem sendo influenciados por telepatias, radiações, choques elétricos que lhe são submetidos a longo alcance por instrumentos específicos.

- Delírio de grandeza: como o próprio nome sugere conteúdos de grandeza ou de enriquecimento propriamente dito, podendo ainda ser de ambição, invenções, mudanças sociais ou erotismo, assim por diante (MELO, 1981).

3.2 Senso percepção e alucinação

A sensação pode ser definida como um processo neuropsicológico elaborado pela intervenção de um objeto sobre uma estrutura sensorial. É uma condição psíquica causada pela interferência em forma de excitação numa estrutura sensorial

As sensações são caracterizadas por possuírem os seguintes itens:

- a) Um conhecimento: captação de uma virtude sensível (som grave, cor verde, sabor salgado, etc.);
- b) Uma condição afetiva: tom prazeroso ou desprazeroso, associada a essa captação;
- c) Um movimento ou ato: atividade empreendida pelas estruturas sensoriais (SANTOS, 1965).

São divididos em 2 classes:

- a) Externas: acha-se relacionado com a realidade externa. São os fenômenos visuais, gustativos, auditivos, olfativos e táteis.

b) Internas: relacionamos com atos de estruturas solitárias do nosso organismo e condições dos órgãos internos. É conhecida também como sensibilidade geral (MELO, 1981).

Se levarmos em conta o tipo, teremos: sensações motoras (nos informam a respeito de execuções corporais e dos membros) sensações de equilíbrio (advém do ouvido interno e sugere a situação corporal e da cabeça e próprioceptivo (advém de órgãos do interior como as vísceras).

Para que se ocorra uma sensação são necessárias as demais etapas: 1ª) provocação de um órgão dos sentidos (receptor); 2ª) condução do estímulo excitatório por vias sensitivas as estruturas corticais; 3ª) captação do estímulo por essas estruturas corticais (PAIM, 1979).

Ivan Pavlov denomina de analisadores a totalidade anátomo fisiológica que integra as estruturas sensoriais indispensáveis a captação das sensações.

Os analisadores são constituídos por três partes fundamentais:

1º) Receptor periférico: que capta os estímulos.

2º) Nervos aferentes: que transmitem ao excitante as vias nervosas.

3º) Vias corticais: dizem respeito ao término final das fibras nervosas, onde se opera a construção dos estímulos nervosos provenientes do meio externo (PAVLOV, 1954).

Percepção é utilizada no estudo da psicologia para conceituar o movimento pelo qual o objeto é conhecido no meio externo, entendido como real e existente.

Nos dias atuais a percepção é vista como “uma captação de fato objetivo apoiado nas sensações, seguidas de representações e comumente de juízos, num movimento isolado que só pode ser quebrado através de análise (IBOHR, 1964).

Se não houvesse o produto das sensações, também não haveriam as percepções (LERSCH, 1966).

3.2.1 Patologias do senso percepção

a) Alucinações auditivas – são as mais comumente encontradas e as mais importantes. Podem se manifestar por: barulhos, murmúrios, zumbidos, e de modo elaborado: palavras, vozes que proíbem e castigam, ritmos, conversas entre dois indivíduos.

b) Alucinações visuais – observadas nos casos de alterações de consciência. É seguida de sensações desarmoniosas, onde acontece uma condição afetiva de angústia.

c) Alucinações olfativas e gustativas – são, de modo geral, difíceis de encontrar, observadas quase sempre juntas. Observadas comumente nos esquizofrênicos.

d) Alucinações cenestésicas – se relaciona às perturbações da sensibilidade interna. Os doentes reclamam de movimentação de vísceras acompanhados de seres estranhos no local.

e) Alucinose – este conceito foi utilizado pela primeira vez por Wernicke para definir condições alucinatórias agudas.

f) Alucinações psíquicas – os doentes afirmam a ocorrência de vocábulos sem som (PAIM, 1979).

4 ORIENTAÇÃO

Pode ser definida como um processo psíquico mediante o qual tomamos consciência, a cada instante, da localização de fato, em que nos achamos (PAIM, 1979). A avaliação da orientação é um instrumento valioso das perturbações do nível de consciência. Guarda relação estreita com a consciência do indivíduo, assim, avaliá-la é também avaliar a consciência e as suas alterações. Guarda também relação com o tempo e o espaço, ambos presentes no fato psíquico, tanto normal quanto patológico. O espaço se contínuo, o tempo se sucede. Um não existe sem o outro, embora distintos entre si. O espaço é um variar de formas na mesma região, o tempo é um existir sem espaço (MELO, 1981).

Wernicke dividiu a orientação em auto e alopsíquico a primeira é a interação da pessoa consigo. Se ele se reconhece: nome, idade, data de nascimento, profissão, estado civil, etc.

A segunda é a relação da pessoa com o mundo, no espaço e no tempo (DALGALARRONDO, 2000).

Além da consciência com quem a orientação mais se relaciona de forma estreita, podemos encontrar outras associações com demais funções psíquicas como a atenção, a percepção e a memória. Mudanças de atenção e retenção (memória imediata e recente) de grau leve a moderada acarretam modificações gerais do padrão de orientação.

Avalia-se a orientação fazendo-se perguntas ao paciente: Se ele sabe o local que está, a cidade, rua, endereço, bairro e assim por diante. Isto se falando de orientação espacial. A orientação temporal é realizada perguntando-se datas como o dia da semana, mês vigente, e ano corrente. Se, por exemplo, um paciente vem por conta própria a um consultório médico supõe-se que este esteja em plena orientação (PAIM, 1979).

De modo geral, nos pacientes com doenças mentais, verifica-se por ordem de perda de orientação a seguinte sequência: primeiro a perda da orientação do tempo, depois do lugar e terceiro a orientação auto psíquica (MELO, 1981).

4.1 Patologias da orientação

Kraepelin (1907), levantando-se todos os fatos estudados dividiu a orientação em três tipos: dependentes da percepção, da memória e da elaboração dos juízos. As alterações da orientação podem ocorrer de forma total ou afetar um só lado ou tipo de orientação.

São estudados os seguintes tipos de orientação:

a) **Desorientação delirante:** Neste tipo de desorientação, comumente se constata uma dupla orientação, uma dentro da normalidade, a outra a delirante propriamente dita. O que muito faz para os pacientes terem a sensação de estarem aprisionados num calabouço que parece não existir saída.

b) **Desorientação amnésica:** o doente se torna impossibilitado de reter os fatos ocorridos e assim sendo, perde a orientação alopsíquica e suas ligações com as pessoas do seu meio.

c) **Desorientação amencial:** a consciência torna-se obnubilada, o que acarreta dificuldades de assimilação dos fatos, interferindo também na percepção global.

d) **Desdobramento da personalidade:** uma mesma pessoa, com duas personalidades, uma desconhece por completo a outra.

e) **Desorientação apática:** o doente entende o que se passa no seu mundo, mas demonstra desinteresse e anedonia para a elaboração do raciocínio e de percepção.

f) **Despersonalização:** a própria pessoa estranha a própria personalidade, o que parece não se explicar nem se conceber (PAIM, 1979).

5 ATENÇÃO

Denomina-se o processo no qual existe a concentração de um ato psíquico sobre um determinado estímulo que for solicitado. Este estímulo pode ser variado, relacionando-se direto ou indiretamente com a afetividade, a senso-percepção, as representações, ou a elaboração do raciocínio (PAIM, 1979).

De acordo com a melhor e mais completa definição que se pode dar a atenção é a que esta é a “Zona mais elevada de nossa consciência” (CUVILLIER, 1944).

Para a atenção participa na estruturação e integração da consciência em matizes variadas, advinda do Eu, e se relaciona com o exterior afim de realizar uma tarefa específica (GUERRERO, 1939).

De acordo com William Stern é aquela condição individual instantânea necessária para se produzir uma realização ou meta. Para tal, é indispensável que haja a definição dessa meta, canalização de forças úteis para a elucidação e produção dessa meta (STERN, 1971).

A atenção, como função psíquica guarda relação estreita com o estado de consciência, sendo um componente de investigação clínica para a efetivação desta, também podendo se relacionar com a vontade e a afetividade, estas operadores dela, escolhendo os componentes da percepção e os fatos da memória.

Chama-se observação se falamos de situações externas; de contemplação, se vem seguida por gosto pela admiração; se relaciona com relações situações internas chama-se de reflexão, se esta é continuada e sistemática, damos o nome de meditação.

Se canalizada pelos órgãos sensórios, para fatos externos chama-se sensorial, se canalizada para o psiquismo denominamos intelectual (SANTOS, 1965).

Bleuler nos chama a atenção para duas variantes na atenção: a tenacidade e a vigilância. Uma vez diz respeito à capacidade persistente de orientação para um determinado estímulo numa determinada direção. Já a vigilância é condição de mudança de foco da atenção para um novo estímulo do meio externo. As duas se orientam de maneiras e modos opostos (BLEULER, 1924).

O conceito moderno de atenção foi ampliado, hoje podendo ser encarado sobre quatro ângulos:

1º) Capacidade e foco da atenção: relacionado a vivência intensa de concentração.

2º) Atenção seletiva: canalização da atenção para determinado estímulo, todo o processo que permite ou facilita.

3º) Seleção de resposta e controle seletivo: ligação quase sempre com um ato de planejamento, voltado a um certo fim, ou seja, não só voltada ao objeto e ao conhecimento, mas todos os resultados e a manutenção destes.

4º) Atenção constante: ou sustento da quantidade de tempo possível de se controlar a atenção (DALGALARRONDO, 2000).

Para Alonso Fernandez, “é o grande motor da consciência” relacionando-se com as seguintes regiões do cérebro: sistema reticular ascendente [SARA], região límbica, áreas do córtex e subcorticais e processos tanto de sensibilidade quanto de motricidade (MELO, 1981).

5.1 Patologia da atenção

São situações de alteração na qualidade da atenção nos transtornos mentais:

- a) Síndrome maníaca: Hipervigilância, Hipotenacidade.
- b) Depressão maior: Hipertenacidade, Hipovigilância.
- c) Delirantes paranóides: Hipervigilância, Hipotenacidade.
- d) Demenciados: Hipovigilância, Hipotenacidade (PAIM, 1979).

6 CONSCIÊNCIA

Definida por Jaspers (1979) como o todo momentâneo do nosso psiquismo. É formada de três etapas: 1ª) a interiorização da experiência psíquica; 2ª) separação sujeito objeto, ou seja, o sujeito move-se de modo proposital para objetos que encontra através da percepção, imaginação e pensamento; e 3ª) a percepção de sua própria consciência.

No descanso, o vocábulo consciência apresenta no mínimo três significados distintos:

1. Neuropsicológico: utilizando a palavra consciência no sentido de estado de alerta, lucidez, despertar. Chamamos isso de grau de consciência.
2. Fisiológico: conceituado como o total das vivências conscientes do ser em uma específica ocasião. Nessa questão, chamamos de área da consciência.
3. Ético-filosófico: tratando-se de tomar notas das responsabilidades éticas e encarar os direitos e deveres dessa ética (DALGALARRONDO, 2000).

6.1 O inconsciente

“Agora, o caminho é escuro. Passamos da consciência para a inconsciência onde se faz a elaboração confusa das idéias, onde as reminiscências dormem ou cochilam. Aqui pulula a vida sem formas, os germens e os detritos, os rudimentos e os sentimentos; é o desvão imenso do espírito” (ASSIS, 1896).

Em fins do século dezenove, Sigmund Freud e Joseph Breuer estudando a associação da hipnose aos fatos sem registros pela memória observaram que tais pensamentos que aparecem no estado de hipnose eram significativos, esquecidos no elo com a consciência. Nos histéricos, segundo estes, suas atitudes podem ser controladas por esse outro desejo que não a consciência.

Para Sigmund Freud o inconsciente é bem mais do que aquilo que está para além do consciente. Representa além do intocado, o mecanismo mental mais vital de nossa psíquica.

Segundo este, o aparelho inconsciente se operacionaliza orientado pelo binômio prazer/dor por via do que chamamos de transferência e condensação (JONES, 1989).

Podemos enumerar como particularidades da inconsciência:

- a) O tempo não existe para o inconsciente;
- b) Não se pode negar ou duvidar, assim não existe a divergência;
- c) Segue as vias do êxtase do indivíduo, desobedecendo ao mundo real;
- d) Os pensamentos podem se deslocar, ligados a representações do psiquismo (DALGARRONDO, 2000).

6.2 Patologias da consciência

a) Obnubilação da consciência: definida pela debilidade no nível de nitidez da consciência, caracterizado pela diminuição do entendimento e do perceber, afetando a construção das imagens do sensorio. Interfere na elaboração das idéias, alteração no registro, acompanhando-se do aumento do sono, de forma mais ou menos acentuada.

b) Estados crepusculares: é uma diminuição temporária da consciência, com a preservação de uma rotina mais ou menos estabelecida, seguida de errôneo entendimento do ocorrido.

c) Amênia ou confusão mental: Maynert a define como uma alteração da mente que cursa pela presença de uma consciência turva, seguida de agitação motora.

d) Delírio oniróide: é uma síndrome constatada em certos quadros infecciosos, intoxicações graves, patologias mentais orgânicas. Observa-se turvação da consciência, alterações da orientação e da senso-percepção após uma fase inicial curta, em que o enfermo apresenta insônia e inquietude, sensações vagas, aumento da sensibilidade, dor de cabeça surgindo a excitação psicomotora. É denominada por alterações oníricas, alucinações do tipo auditivas, cenestésicas, falsas alucinações e pensamentos deliróides (PAIM, 1979).

7 MEMÓRIA

De acordo com Óleron (apud Santos, 1965), denominamos de memória o processo pelo qual se somam componentes fisiológicos e psicológicos, através de vivências anteriores do indivíduo, perto ou longe do tempo, transformadas, de modo contínuo, a situação orgânica do ser; sem ser possível a relação com o presente no que se refere à produção.

É preciso se valorizar três itens:

- a) O potencial de registro, ou seja, aquilo capaz de conduzir o material recente ao campo mnêmico;
- b) A memória propriamente dita, podendo vir à tona, através da consciência, em certas situações;
- c) O potencial de evocação, aquilo capaz de conduzir a memória à consciência através de determinado material ou vivência (JASPERS, 1979).

O potencial de memorização associa-se estritamente com o grau de consciência, com a atenção e com a motivação afetiva. Tudo que um indivíduo absorve em sua vida é dependente do processo conhecido como memória (SANTOS, 1965).

Para Izquierdo (2002) o que somos deve-se a fatos recordados, de uma maneira ou de outra, que procuramos não lembrar. Ser destituído de memória de acordo com Squire e Kendel (2003 apud Izquierdo, 2002) conduz a perda da própria identidade, o esquecimento total de uma vida vivida e das relações sociais com os outros.

Nietzsche (apud Dalgalarrodo, 2000) nos ensina da associação da memória com o inconsciente e o esquecimento possível. Minha memória fez isto, meu orgulho diz que não é possível: enfim a memória ganha.

O motivo primordial para que se defina uma lembrança é o entendimento do objeto investigado, motivo esse dependente da atenção e do interesse. Kraepelin (1907) afirma que podemos conservar a lembrança por mais tempo enfatizando seu elo com a consciência e com a impressão natural. Além do interesse, o número de repetições será responsável pela duração das mesmas.

As perturbações da memória podem ser divididas em:

a) Quantitativas e qualitativas. Na primeira se relacionam a hiper, a hipo e a amnésia. Quanto à fase dividem-se em: fixação e evolução.

De acordo com evolução: lacunar, transitória ou progressiva.

De acordo com as causas: orgânicas ou psicogênicas (MELO, 1981).

7.1 Patologias da memória

7.1.1 Distúrbios quantitativos da memória

a) **Amnésias:** perturbações da memória com tempo estabelecido do qual nada ou muito pouco (amnésia parcial) se pode lembrar, ou que envolvem experiências menos precisas, se levamos em conta o fator tempo.

b) **Falsificações da memória:** perturbações ocorridas em várias condições no potencial de registro, com diminuição gradual da memória antiga, ocupadas com invenções de momento (confabulações), observamos na gabolice dos paralíticos e nas fantasias de certas demências paranóides.

c) **Hipermnésia:** para Bleuler (1924) existe quando se utilizam lembranças ocorridas com mais intensidade no cotidiano ou se recordamos pormenores que geralmente não recordamos.

d) **Hipomnésia:** Myra y Lopez (1952) a queda da quantidade de lembranças utilizadas num determinado período de tempo. Bleuber (1924) utiliza o termo “debilidade da memória em várias patologias” (Korsakov; Senis, neuróticos e epiléticos).

e) **Amnésia retrógrada:** definida como a perda da memória no período anterior a um trauma cerebral e que se continua a dias ou semanas para trás do evento. É usualmente associada num espaço de tempo limitado, dias, horas, mais dificilmente semanas ou anos.

f) **Amnésia anterógrada:** definida como a perda de memória ocorrida posterior a um evento causador do problema. Bumke (1946) nos ensina que “a perturbação mais comumente observada é a fixação”.

g) **Amnésia lacunar:** observações geralmente em situações de traumatismos crânio-encefálicos.

h) **Amnésia transitória:** observada comumente no período de convalescências de infecções potencialmente graves, uma síndrome mnêmica transitória, que se define pela dificuldade de registrar os fatos novos (PAIM, 1979).

Os distúrbios qualitativos da memória de evocação denominam-se de modo geral, paramnésias. Estudam-se neste grupo as seguintes alterações: ilusões mnêmicas; alucinações mnêmicas; fabulações; fenômeno já visto; criptomnésia.

7.1.2 Distúrbios qualitativos da memória

a) **Ilusões mnêmicas:** elaboração nas lembranças adicionadas por itens falsos à imagem mnêmica, adquirindo aspecto de lembrança fictícia.

b) **Alucinações mnêmicas:** Sully a chamou de alucinações de memória as elaborações da imaginação com aspecto de lembranças, que não se parecem com qualquer imagem de tempos passados.

c) **Fabulações:** informações de eventos, fantásticos que nunca se realizam.

d) **Fenômenos do já visto:** sensação do doente que a experiência psíquica atual já foi vivenciada anteriormente.

e) **Criptomnésia:** falsear a memória elevando como consequência a perda da qualidade das reminiscências, e surgimento ao doente como novos eventos (MELO, 1981).

8 A INTELIGÊNCIA

Conceitua-se inteligência como a soma das aptidões mentais do ser, o resultado, a via última dos variados atos cognitivos. Segundo Clapere de (1903), é a potencialidade de mostrar e solucionar novas situações, encontrando as mais diversas saídas, para si próprio, para o mundo, atendendo às necessidades adaptativas solicitadas.

A inteligência é uma maneira de observar e investigar o todo do mecanismo da mente, sua totalidade relaciona-se com disciplinas com a psicologia, a medicina e a pedagogia. As principais capacidades solicitadas pela inteligência são: elaboração do pensamento, organização, resolutividade de questões, entendimento de idéias simples e complexas, pensamento lógico abstrato, etapas de aprendizagem a partir da vivência.

A inteligência é uma potencialidade mais complexa de percepção da realidade que nos cerca (DALGALARRONDO, 2000).

Até meados dos anos 60, os estudiosos da inteligência acreditavam em um único fator para explicá-la, a que chamaram de fator geral ou fator “g” (SPEARMAN, 1927).

A partir de 1960, outros estudiosos começaram a defender a inteligência como relacionada a vários fatores.

São elas segundo Howard Gardner (1994):

- Interpessoal (social): capacidade de compreensão e comunicação com as pessoas;
- Intrapessoal: percepção e compreensão de si próprio;
- Linguística: compreensão de vocábulos e seus significados;
- Lógico matemático: manipulação e resolução de questões lógicas
- Espacial: orientação espacial e avaliação de situações entre os objetos e o espaço.
- Musical: percepção de sons, harmonias, tons e modelos musicais;
- Corporal: percepção e consciência do corpo e da psicomotricidade.

8.1 Patologias e déficits da inteligência

Déficits	Outras
Deficiente <70	Médio 90 a 110
Borderline 70 e 80	Normal superior 110 a 120
Normal inferior 80 e 90	Inteligência superior >120

(Melo, 1981)

9 LINGUAGEM

Engloba uma série de processos psicológicos integrados com a consciência que se mostram representados por símbolos e sinais. Estes sinais se realizam nas idéias e pensamentos, dando clareza e consistência. A esses sinais, chamamos de modo genérico de linguagem (SANTOS, 1965).

Em particular, a linguagem como estrutura verbalizada expressada pelas frases e palavras é um processo eminentemente humano, uma das mais importantes de nossas atividades cognitivas. É através dela que os seres humanos entram em comunicação. Ajuda também, na formação e tradução das idéias. Mudanças no padrão de linguagem, embora não seja de conceituação e domínios precisos, são motivos de grande interesse por parte da psicopatologia (DALGALARRONDO, 2000).

Ferdinand de Saussure, um dos grandes estudiosos da linguagem enfoca dois componentes essenciais da linguagem: a langue, a língua propriamente dita, ou seja, todo aparato lingüístico que a determina e a parole, para o português palavra, escrita ou lida, referindo-se às atitudes linguísticas-comportamentais, demonstradas pelos atores; suas falas objetivas (WEEDWOOD, 2002).

Toda língua compõe-se de três elementos básicos que são: a fonética – guardando relações com os sons; a semântica – relaciona-se ao significado das palavras e a sintaxe – o estudo de como as palavras se articulam de maneira lógica com as outras.

Se levarmos em conta os aspectos funcionais da linguagem citaremos:

- a) Função de comunicação, assegura o relacionamento do ser na sociedade;
- b) A linguagem como apoio do pensamento e das idéias, num estágio avançado de evolução.
- c) A linguagem como meio de expressarmos nossas emoções e nossas vivências;
- d) A linguagem como confirmação da identidade do eu no mundo;
- e) A linguagem como componente da estética e da beleza, em todos os campos das artes.

Por último, a linguagem é um agrupamento de signos e significados, expressada nas palavras. Enfim, é uma elaboração da sociedade, dos grupos e de cada um de nós (DALGALARRONDO, 2000).

9.1 Patologias da linguagem

- **Devido às causas orgânicas:**

- Disartria: capacidade diminuída de articulação dos vocábulos provenientes de causas orgânicas, como a paresia e a paralisia de músculos.

- Dislalia: distúrbios caracterizado por alterações funcionais nas palavras. Resultado de malformações dos órgãos da formação como língua e abóbada palatina.

- Afasia: Dejerine conceitua a afasia como “uma alteração da linguagem pela ausência de memorização de sinais. As mais comuns são a de Broca e Wernicke.

- **Devido à natureza funcional:**

- Logorréia: segundo Antoine Porrot (apud Melo, 1981) consiste em “dizer bastante e ao mesmo tempo nada dizer”.

- Vergiberação: repetir constantemente durante dias, semanas e até meses, vocábulos num tom de monotonia, declamação ou de forma patética (MELO, 1981).

- **Devido a movimentos de expressão:**

- Paramímia: conceitua-se como uma perversão mímica.

- Hipomímia: diminuição dos gestos de expressão e lentificação nas mudanças dos gestos da mímica. A hipermímia é o contrário.

- Disfonia: perturbações da voz conseqüentes a alterações do organismo ou na função das cordas vocais ou decorrente de defeito respiratório.

- Disfemia: são alterações na transmissão dos vocábulos, intermitente, sem haver, no entanto perturbações das estruturas de fonação.

- Estereotipia verbal: repetir de forma insistente um vocábulo, sinal, ou som, num período entre as frases, sem nenhum fim específico.

- Ecolalia: repetir, como um som, as palavras finais que são transmitidas ao ouvido.
- Neologismo: vocábulos inventados pelos pacientes ou que já existem utilizados de modo descaracterizado (PAIM, 1979).

10 AFETIVIDADE

A afetividade é um conjunto de respostas experimentadas pelo indivíduo com o mundo subjetivo compreendendo vasto domínio da vida pessoal, aí inclusos: o humor, os sentimentos, as emoções e as paixões. É o pilar fundamental do psiquismo, o que há de mais vital, na estrutura da conduta e nas reações do indivíduo com o meio.

Esse vasto domínio se estende desde dos instintos primitivos ligando-se as emoções primárias, guarda relação com os fenômenos de senso percepção (incluídos as sensações de prazer e dor) até chegar as inclinações e paixões. Nesse rol integram também as estruturas bio psicofisiológicas: o humor e o temperamento, principalmente, terminando com os afetos mais nobres do espírito (o altruísmo, compaixão, o sentimento da beleza, da moral, a religiosidade e o amor ao próximo.

Os afetos são sempre associados com as vivências, e não existem um sem o outro. O vocábulo afetividade é de origem latina derivado da palavra *affectus* = ser atingido por (MELO, 1981). Segundo Mira y Lopez (1952) os estímulos e os fatores ambientais são inversamente proporcionais à objetividade e diretamente proporcionais a alteração.

Define-se humor como a tonalidade afetiva básica do indivíduo. É todo domínio afetivo de fundo que invade a vivência psíquica.

- Emoções: são reações afetivas de base fisiológica, acompanhadas de quadros somáticos (neurovegetativos, hormonais, viscerais e vasomotoras) mais ou menos específicos. Estados agudos, passageiros, influenciados por estímulos significativos.

- Sentimentos: caracterizando-se por serem mais estáveis, mais abrandados em sua intensidade e pouco reativos a estímulos passageiros que as emoções. São mais duradouros e organizados, de maior riqueza e complexidade (SCHENEIDER, 1963), considera estados do "EU".

- Paixão: é um estado de êxtase da vida afetiva que se caracteriza pela quebra do equilíbrio mental. É sempre dominante e aprisionado num hábito (PIERÓN, 1940).

Destacam-se entre os distúrbios afetivos que demonstram mudanças significativas na intensidade, tempo, excitação e controle dos afetos, e por outro

lado, as que exprimem formação de novos sentimentos, outros inadequados e a convivência de sentimentos entre si. Citaremos:

a) **Hipotimia:** caracteriza-se por um quadro depressivo onde ocorre diminuição e empobrecimento de gestos, que se acham inibidos, expressão mímica desbotado, fala lentificado, monótona, com voz, eventualmente, lembrando um sussurro.

b) **Hipertimia:** elevação da condição do ânimo, às vezes eufórico, outras exaltado de forma patológica.

c) **Apatia ou indiferença afetiva:** demonstração de qualquer senso de moralidade ocorrida nos psicopatas, em especial naqueles doentes que Schneider (1963), conceituou de “psicopatas insensíveis”. Elementos sem piedade, honradez, culpa ou vergonha.

d) **Ambivalência afetiva:** conceito definido por Bleuler para demonstrar afetos contrários associados a um mesmo estímulo ou objeto. Para Honório Delgado (1953) caracteriza-se por afirmar e negar juízos que se contradizem sobre o mesmo objeto, ou seja, o oposto se coincide.

e) **Neotimias:** ocorrência de vivências e experiências afetivas que surgem de forma nova ocorridas com freqüência nas psicoses. Lopez, IBohr (1964) a chamou de “esquizoforia”, de forma bizarra, anterior a um evento delirante.

f) **Irritabilidade patológica:** Eugen Bleuler (1924) considera a irritabilidade patológica uma predisposição especial ao desgosto, a ira e do furor. “Nos epiléticos, existe freqüentemente, uma irritabilidade crônica. Para Schule “o caráter dos epiléticos consiste numa extraordinária irritabilidade mórbida, que rapidamente se transforma em atos impulsivos.

g) **Tenacidade afetiva:** definida como a duração indefinida de algumas condições afetivas, como o desgosto e o ódio. “Uma mínima mágoa”- afirma Bleuler (1924) permanece dias; típica na epilepsia segundo Kleist.

h) **Incontinência emocional:** falta de controle é modulação das experiências afetivas.

i) **Angústia:** quando falamos medo dizemos que existe algum estímulo, na angústia isso não ocorre. Pitrese e Regis descrevem a neurose de angústia encontrada nos quadros neuróticos e nos psicóticos (MELO, 1981).

11 PERSONALIDADE

Pierón (1942 apud Santos, 1965), a tem por definição, antes de tudo, como um todo organizacional do indivíduo, um conjunto estruturado resultando numa síntese. O que a personalidade nos mostra, principalmente é o conceito de elo de integração de um ser com toda a sua totalidade de seus caracteres mais constantes.

A natureza do vocábulo personalidade invade de modo peculiar o tamanho complexo do conceito. Deriva da palavra *persona*, significando a máscara dos atores do teatro. Era responsável por encobrir a face dos grandes atores na Roma antiga, o que mostrava os variados participantes de uma peça de teatro.

Se levarmos em conta a totalidade da personalidade, é possível dividi-la em camadas ou substratos, que se acham interligados e em fusão. São eles:

- Constituição: o substrato físico e morfológico da personalidade na visão de Viola (apud Dalgarrondo, 2000) é a “soma do físico, da anatomia e fisiologia do ser, todos fatores fundidos;

- Temperamento: é a parte endócrina funcional da personalidade;

- Caráter: modo próprio de reagir de cada elemento ou ser;

- O Eu: o substrato espiritual da personalidade (DALGALARRONDO, 2000).

▪ Tipos de personalidade:

- Esquizotípica: - excentricidade no visual;

- pensamentos e valores estranhos; e

- de referência própria.

- Esquizóide: - esquisito e bizarro;

- fleumático, indiferente aos estímulos;

- vivência autônoma de mundo e realidade.

- Paranóide - é desconfiado permanentemente;

- reage com sensibilidade aos fracassos e decepções;

- rancor, arrogância;

- reage como se o mundo estivesse sempre contra ele.

- Bordeline: - instabilidade no humor;

- instabilidade também no convívio pessoal;
- relações prejudicadas de identidade.
- Anancático:
 - procura a perfeição e o escrúpulo;
 - segue métodos e regras;
 - não aceita improvisos ou mudanças.
- Histrionico
 - carente de atenção;
 - dramática e teatral;
 - manipula as situações
 - infantilidade e puerilidade;
 - sugestionável e superficial.
- Ansiosa
 - excessivamente insegura
 - dificuldade de aceitar o novo
 - fácil de se preocupar
 - raramente se descontraí.
- Dependente
 - dependência extrema de outros
 - carência de afetos
 - pouca iniciativa e energia.

▪ **Personalidades psicopáticas:**

Conceito: afecções que se caracterizam por “sofrer e fazer sofrer a sociedade. É incapaz de aprender com a vivência psíquica.

▪ **Classificação:**

Kurt Schneider classifica as personalidades psicopáticas em dez tipos:

- a) Hipertímicos;
- b) Depressivos;
- c) Inquietos;
- d) Fanáticos;
- e) Necessidade de valorização;
- f) Instáveis;
- g) Explosivos;
- h) Apáticos;
- i) Abúlicos;
- j) Astênicos (MELO, 1981).

12 SEXUALIDADE

A sexualidade, impulso essencial do indivíduo apresenta três componentes conhecidos: uma na esfera biológica, outra na psicológica e outra sociológica (BASSON, 2006).

O componente biológico é determinado pelo desejo sexual (FEDERMAN, 2006) culminando por eventos de fisiologia cerebral na esfera psicológica relaciona-se aos atos eróticos de subjetividade e a própria história sexual. Por último, o componente sociológico é também cultural relaciona-se a todas as criações dos demais grupos e sociedades com a sua abordagem histórica englobando impulsos, padrões comportamentais, além de sonhos e fantasias (GREGERSEN, 1983).

As etapas do ciclo sexual podem ser divididas em quatro:

- a) **Libido sexual**: na dependência de sonhos eróticos, fetiches e símbolos representativos;
- b) **Excitação**: mudanças no corpo necessárias para o ato sexual;
- c) **Orgasmo**: êxtase da libido sexual, com descarga da energia acumulado;
- d) **Resolução**: volta às situações normais do corpo (DALGALARRONDO, 2000).

12.1 Patologias da sexualidade

- a) **Anafrodisia**: diminuição do desejo sexual masculino.
- b) **Frigidez**: diminuição do desejo sexual na mulher.
- c) **Erotismo**: vontade incessante de atos libidinoso. Chama-se satíriase no homem, e na mulher ninfomania.
- d) **Exibicionismo**: ato obsessivo recorrente de exibir órgãos sexuais, apenas por uma vontade incontrolável.
- e) **Narcisismo**: cultuar a si próprio, admirar o seu próprio corpo sendo o outro sexo indiferente. Mais comum nas mulheres.
- f) **Fetichismo**: adoração por uma parte específica do corpo e objetos do ente querido.

- g) **Necrofilia**: desejo de práticas sexuais com cadáveres.
- h) **Homossexualismo**: desejo pelo mesmo sexo.
- Masculino: é conhecido como uranismo ou pederastia.
 - Feminino: conhecido como safismo, lesbianismo ou tribadismo.
- i) **Transexualismo**: inverter e negar o sexo de origem (FRANÇA, 1998).

13 MOTRICIDADE-VONTADE

O estudo filosófico da vontade sempre foi alvo de debates e discussões, ao longo das épocas, por parte de filósofos, teólogos e estudiosos no tema, motivados a esclarecer sua origem, sua natureza e seu significado dos fenômenos nela contidos.

A razão maior de ser alvo desses debates deve-se à riqueza de conteúdo especulativo e enorme abrangência, aguardando relações com componentes neurofisiológicos, inseridos na atividade psicomotora do indivíduo.

De “faculdade régia da alma”, como entidade autônoma na filosofia. Era comumente associado com a afetividade, fato ocorrido com Descartes, ao escrever sua teoria das paixões.

Ainda no plano filosófico, envolve assuntos vitais como o livre arbítrio e o determinismo. Na esfera biológica, com o avanço do estudo do comportamento humano se relaciona com volições, impulsos, hábitos, respondendo pelo plano psicomotor e execução de movimentos (MELO, 1981).

Os psicólogos são quase unânimes ao afirmar que existem três fases na atividade voluntária: a deliberação, a resolução e a execução.

- Deliberação: integrante intelectual do ato de volição;
- Resolução: é o momento do início da ação propriamente dita;
- Execução: consumação do ato voluntário (SANTOS, 1965).

Os principais distúrbios da psicomotricidade encontrados na clínica psiquiátrica são:

a) **Negativismo**: Segundo Kahbaum (apud Melo, 1981), é uma tendência constante de reação contra todo chamado do mundo externo, independente de sua natureza.

b) **Estupor**: Redução ou abolição da atividade voluntária ao grau mínimo. Bumke (1946) nos ensina que no estupor há uma falta de reatividade diante das influências externas e uma ausência quase total da iniciativa por parte do doente.

c) **Estereotípias**: Kraepelin (1907) as define como o aumento do tempo das reações impulsivas motoras, podendo afetar de forma constante um grupo muscular ou a repetitividade da mesma ação.

d) **Tiques:** De acordo com Oppenheim (1955), estes são atos associados à mímica, à proteção e ao reflexo do doente, o que gera neutralização dos automatismos. Segundo Stekel (apud Oppenheim, 1955) resulta de choque psíquico.

e) **Sugestibilidade volitiva:** Segundo Deny e Roy (apud Paim, 1979) é a maneira constante e habitual do doente de copiar a orientação externa, independente de sua causa.

f) **Maneirismo:** Gesto calculado, artificial e rico de maneiras presentes na esquizofrenia, oligofrenia e histeria.

g) **Catalepsia Pseudo Flexibilidade Cérea:** Condição de conservação de situações forçadas ao doente, pode ser observada nos histéricos, situações de hipnose, parkinson e catatônicos (PAIM, 1979).

14 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A propedêutica psiquiátrica utiliza na sua prática principalmente conhecimentos de semiologia e de psicopatologia. A primeira com significativo avanço no final do século XIX e início do século XX, com o aparecimento dos métodos de palpação, percussão e ausculta, está última acompanhada da invenção do estetoscópio.

Já a psicopatologia nasce como conhecimento clínico e filosófico embasado em 1913 a partir do livro psicopatologia de Karl Jaspers, “Ganhando Status de Ciência”.

A partir das décadas de 50, 60 e principalmente 70, vários autores de psicologia e psiquiatria, entre outras áreas como a neurofisiologia farão revisão do uso de certos termos antes empregados, empregando outros, ampliando alguns e descartando e invalidando outros.

Pavlov (1954) se dedicou ao estudo da senso-percepção. A inteligência passou a ser vista como fator geral para Spearman, passou a ser vista como inteligências múltiplas para Gardner. Atenção passou a merecer um conceito ampliado, como fazendo parte desta a seleção e a focalização.

Mas apesar dessa ampliação de termos e conceitos e do enorme avanço da tecnologia nas décadas de 80, 90 e 00 não houve avanço significativo, na propedêutica clínica empregada.

Houve, podemos, dizer, uma desvalorização da relação médico paciente com a tecnologia, e assim sendo da propedêutica médica em geral, e em particular a propedêutica psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Joaquim Maria Machado de. **O Cônego ou a metafísica do estilo** - várias histórias. 1896.

BASSON, R. Sexual desire and arousal disorders in women. The new england. **Journal of Medicine**, v. 354, p. 1497-1506, 2006.

BLEULER, E. **Tratado de psiquiatria**. Madrid, Espanã: Calpe, 1924.

BUMKE, O. **Nuevo tralado de enfermedades mentales**. Barcelona: F. Seux Editor, 1946.

CLAPEREDE, E. **La association des idees**. Genebra, 1903.

CUVILLIER, A. **Psychologie**. Paris, 1944.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

DELGADO, H. **Curso de psiquiatria**. Lima: Imprenta Santa Maria, 1953.

FEDERMAN, D. D. **The biology of human sex differences**. The New England Journal of Medicine, v.354, 2006.

FRANÇA, Genival Veloso. **Medicina Legal**. São Paulo: Guanabara, 1998.

GARDNER, H. **Estruturas da mente: a teoria das inteligências múltiplas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

GREGERSEN, E. **Práticas sexuais: a história da sexualidade humana**. São Paulo: Roca, 1983.

GUERRERO, L.J. **Psicologia**. Buenos Aires, 1939.

IZQUIERDO, I. **Memória**. Porto Alegre: Art Med, 2002.

JANET, P. **Psychologie em Philosophie**. Paris, 1926.

JASPERS, Karl. **Psicopatologia geral**. 2. ed. vol. 1, Rio de Janeiro: Atheneu, 1979.

JONES, E. **Vida e obra de Sigmund Freud**. Imago, 1989.

KAPLAN, H.; SADDOCK, B. **Textbook of psychiatry**. 6. ed. Baltimore: Editora Williams e Wilkins, 1995.

KRAEPLIN, Emil. **Tratado de psiquiatria**. Milão: Casa Editrice Dottor Francesco Valardi, 1907.

LERSCH, P. **La estructura de La personalidad**. Barcelona: Editorial Scientis, 1966.

LOPEZ, I.; IBOHR, J.J. **Leciones de Psicología Médica**. Madrid: Editorial Paz Montalvo, 1964.

MACKINNON, Roger A.; MICHELS, Robert. **A entrevista psiquiátrica**. 2. ed. Porto Alegre: Art Med, 2008.

MELO, A.L. N. de. **Psiquiatria**. 3. ed. v.1e 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

MYRA Y LOPEZ, E. **Psiquiatria**. Tomo I, Buenos Aires: Libreria "El Ateneo" Editorial, 1952.

OPPENHEIM, H. **Tratado de Las Enfermedades Nervosas**. Barcelona: F. Seux Editor. 1955.

PAIM, I. **Curso de psicopatologia**. 10. ed. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1979.

PAVLOV, I.P. **Los reflejos condicionados aplicados a La psicopatoloia y psiquiatria**. Buenos Aires: Ediciones Norduz, 1954.

PORTO, Celmo Celeno. **Semiologia médica**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2000.

PIERÓN, H. **Evolution de La Mémore**. Paris, 1940.

SANTOS, M. Theobaldo. **Manual de Psicologia**. vol. 3. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1965.

SCHNEIDER, Kurt. **Psicopatologia clínica**. Madrid: Editorial Paz Montalvo, 1963.

SILVA, Valmir Adamor. **A história da loucura**. Rio de Janeiro: Edirouro, 1998.

SPEARMAN, C. **Creative Mind**. Nova Iorque: Appleton-Century Crofts, 1927.

STERN, W. **Die differenzielle Psychologie**. Leipzig, 1971.

WEEDWOOD, B. **História concisa da linguística**. São Paulo: Parábola, 2002

ANEXOS

ANEXO A – Questionário de Avaliação em Saúde Mental

Questionário de Avaliação em Saúde Mental

I História clínica

II Exame do estado mental.

HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA

Queixa psiquiátrica		Dados de identificação
- Sinais e sintomas com as palavras do paciente		<u>Itens de avaliação:</u> - Nome - Idade - Sexo - Situação conjugal - Ocupação - Naturalidade - Procedência - Religião
História da doença atual		
<u>Itens de avaliação:</u> - Episódio atual - Episódio desencadeante - Tratamentos - Internações - Recorrências		
Doenças anteriores (Psiquiátricas/Médicas)		História progressa
<u>Itens de avaliação:</u>		<u>Itens de avaliação:</u> - Gravidez - Parto - Mãe - Bebê - Criança - Personalidade - Adolescência
<u>Psiquiátrica</u> - Álcool - Drogas	<u>Médica</u> - AIDS - Tumores - TCE - Convulsões - Sífilis - Episódios de perda de consciência	

História conjugal	História legal
<u>Itens de avaliação:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Casamento - Marido - Mulher - Período de namoro - Relacionamento - Filho 	<u>Itens de avaliação:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Violência - Crime - Prisão - Processo - Fugas - Passagens pela polícia

História educacional	História sexual
<u>Itens de avaliação:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Professor - Escola - Série - Desempenho acadêmico - Reprovações - Abandono 	<u>Itens de avaliação:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Infância - Adolescência - Fantasias e sonhos eróticos - Influências - Práticas sexuais

História religiosa	História social
<u>Itens de avaliação:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Igreja - Rituais religiosos - Educação religiosa - Morte - Crenças e valores 	<u>Itens de avaliação:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Vida social - Situação atual de vida - Relacionamento - Situação econômica - Práticas sociais

Exame do estado mental
<u>Inspeção / Itens de avaliação:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Aparência - Vestuário - Higiene - Postura - Comportamento - Fala

Juízo	Atenção
<p><u>Avaliar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Conceitos - Pensamento: (forma, conteúdo). - Estado geral do paciente - Idéias fixas e obsessivas 	<p><u>Avaliar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Histórico: (completas/incompletas, distração, perda de objetos).
Sensopercepção	Testes
<p><u>Avaliar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Órgãos dos sentidos: (tato, audição, olfato, paladar, visão) - Movimentos de posição. 	<ul style="list-style-type: none"> - Objetos no solo - Dígitos - Provas de repetição
Consciência	Orientação
<p><u>Avaliar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientação - Atenção - Histórias de perdas de consciência - Estado geral do paciente. 	<p><u>Avaliar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tempo dia/mês/ano - Espaço localização - Eu/identidade - Atividades do dia-a-dia - História recente e pregressa

Memória	Fatos Remotos
<p><u>Avaliar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fatos recentes - Atividades do dia-a-dia - Alimentação - Identidade - Orientação 	<p><u>Avaliar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - História pregressa - Família - Desenvolvimento - Conjugal - Trabalho - Escola/educação
Testes	
<ul style="list-style-type: none"> - Memorização e repetição de palavras - Objetos (esconder/encontrar) - Palavras - Associação - História contada 	

Vontade-Motricidade	Linguagem
<p style="text-align: center;"><u>Avaliar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Movimentos espontâneos - Gestos - Tom da voz - Impulsos - Atitude geral 	<p style="text-align: center;"><u>Avaliar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspecto geral do paciente - Fala velocidade - Clara/confuso - Espontânea/forçada - Discurso - Palavras - Vocabulário - Repetições - Neologismos

Fonte: Makinnon, 1981.

Questionário de Avaliação em Saúde Mental

I História Clínica

a) História da doença atual

- Como foi o começo do eventual atual?
- Por que o paciente procurou o médico só agora?
- Como o paciente lida com suas ansiedades e problemas?
- Que fatos foram desencadeantes ou ativaram o evento atual?
- Como era o paciente antes, agora e durante a doença?
- Que fatos menos significativos levaram a desencadear fatos significativos?
- Existe uma ligação entre o quadro clínico físico com o psicológico?

b) Doenças anteriores (psiquiátricas e médicas)

Se existirem fatos anteriores de doenças (médicas e psiquiátricas) devem ser questionados:

<ul style="list-style-type: none"> - Sintomas do paciente - Espécie de terapêutica ofertada - Hospitais e seus nomes - Grau de Incapacidade - Tempo da doença 	<ul style="list-style-type: none"> - Primeiro evento que determinou o começo do quadro. - Nível de participação na terapêutica empregada - Efetividade das terapêuticas pregressas.
--	--

Relacionando a história médica passada:

- Eventos de TCE
- Patologias neurológicas
- Tumores
- Episódios de convulsão
- História de HIV soropositivo
- Eventos de ausência ou perda do grau de consciência
- Perturbações da visão
- Perturbações nos quadros corriqueiros de cefaléia
- História de sífilis

▪ **História do desenvolvimento**

a) Pré-natal

- Houve planejamento e intenção na gravidez?
- Houve alguma intercorrência com a gestação e o parto?
- Que estrutura social e familiar em que nasceu o paciente?
- Houve algum sinal de trauma ou patologia durante o nascimento?
- Como podemos analisar a mãe do ponto de vista afetivo, à época da gestação e durante o nascimento do bebê?
- Houve alguma intercorrência com a mãe durante o período pré-natal?
- A mãe usava álcool ou drogas ilícitas durante a gestação?

b) Primeira Infância

- Brincava sozinho ou não brincava com ninguém?
- Quais eram seus brinquedos e suas brincadeiras prediletas?
- O sono era tranquilo ou alguma coisa o perturbava?
- Todas as necessidades foram satisfeitas e preenchidas?
- Como era a interação mãe filho durante o período alimentar?
- Durante essa época, eram comuns sonhos e fantasias constantes?
- Como você se relacionava com seus irmãos?
- Qual a sua recordação mais antiga, você seria capaz de me dizer?

c) Infância intermediária (dos 3 aos 11 anos)

- Como e quais foram suas primeiras experiências escolares?
- Como foram as histórias das primeiras amizades e seus primeiros relacionamentos?
- Como foi a história do aprendizado entre estas, a leitura?
- Que membro da família mais influenciou a disciplina e estimulou sua formação?
- Seus pais costumavam utilizar algum tipo de castigo ou punição?

d) Infância tardia (puberdade até adolescência)

- Quais eram os valores dos grupos sociais que participava? Quem eram as pessoas ou personagem que mais admirava?
- Que esporte praticava e qual hobby possuía?

- Usava drogas ou álcool?
- Você era uma pessoa ativa sexualmente?
- Poderia me descrever a qualidade dos seus relacionamentos sexuais?
- Como você se relacionava com seus pais nesse período?
- Como você manejava seu tempo exclusivo?

▪ **Idade adulta (antecedentes pessoais)**

a) História ocupacional

- Que profissão optaria se pudesse escolher de forma livre?
- Como foi o período de serviço militar?
- Qual a sua opinião sobre o atual emprego?
- Como é o seu relacionamento no trabalho? (Superiores, colegas e subordinados)
- Defina de forma sucinta sua história profissional (número de empregos, tempo dos mesmos, motivos para mudanças)

b) História conjugal

- Como se definiria a época do namoro?
- O que você busca em um companheiro?
- Qual a qualidade nos seus relacionamentos sexuais, poderia me descrever?
- Como o seu relacionamento evoluiu? O que concordam e o que discordam?
- Como me descreveria seu relacionamento atual?

c) História educacional

- Até que período escolar você estudou?
- Como os professores e alunos de turma lhe viam?
- Quais as disciplinas que gostava e as que odiava?
- Como foi o seu desempenho acadêmico?

d) História religiosa

- Qual a sua orientação religiosa?
- Como isso influencia na sua vida?
- Como foi sua educação religiosa?
- Qual o papel de seus pais nesta educação?

e) História sexual

- Quando foi a primeira experiência sexual do paciente?
- Qual a sua orientação sexual?
- Como me definiria suas fantasias eróticas e suas percepções sobre elas?
- Como a puberdade e sua percepção sobre este período?

f) História familiar

- Com quem você mais se parece na família e por quê?
- Como você definiria as pessoas da sua família? Qual foi o primeiro e quem deixa de fora?
- Qual a profissão de seus pais e irmãos?

g) Atividade social

- Você se define como uma pessoa isolada socialmente ou de bom convívio social?
- Que tipos de gostos e aptidões você divide com seus amigos?
- O paciente é essencialmente isolado?

h) História legal

- Tem alguma passagem pela polícia?
- Esteve preso?
- Alguma vez foi vítima de violência?
- Fez mal a alguém?
- Responde a algum processo ou se encontra em liberdade condicional?

i) Situação atual de vida

- Esta passando atualmente por algum tipo de dificuldade financeira?
- Como você se conceitua a sua relação com seus vizinhos? (KAPLAN, 1995).

II Exame de Estado Mental**a) Inspeção**

Aparência: Alguma pessoa já comentou seu modo de se vestir? E a sua aparência?

- Como você explica sua aparência para mim? E suas escolhas ao se vestir?

Comportamento psicomotor: Há estereotípias, perversões mímicas, tiques e gestos amaneirados?

Atitude perante o entrevistador: Colaborativo com ele?

Biótipo: Pícnico, leptossomático ou atlético?

Fácies: típica ou atípica?

b) Juízo e delírio

Delírios de perseguição: As outras pessoas estão perseguindo você? Alguém está contra você?

Delírios de ciúme: Você tem algum tipo de ciúme do seu cônjuge? Que prova você guarda sobre isso?

Delírios de culpa: Você guarda algum sentimento de culpa ou alguma coisa dói na sua consciência?

Delírios de grandiosidade: Você tem certeza que alcançará grandes metas?

Delírios somáticos: Alguma coisa no seu corpo está funcionando errado?

Delírios de referência: Você percebe quando vai aos lugares se as pessoas falam mal de você?

Transmissão e roubo de pensamentos:

- Seus pensamentos estão sendo transmitidos para outras pessoas?
- Alguém está retirando seus pensamentos da sua cabeça?
- Alguém está colocando pensamentos na sua cabeça provenientes de uma fonte externa?

Redução fenomenológica: há alguma possibilidade de você estar enganado?

c) Senso-percepção

- Alucinações auditivas: tem percebido vozes e sons de seres desconhecidos? As vozes dialogam com a sua pessoa? Você reconhece as origens das vozes?

- Alucinações visuais: Você tem percebido algo bizarro, que lhe despertou a atenção? (pessoas, bichos, entidades, sombras, visões)

- Alucinações olfativas: Você tem percebido odor desagradável no alimento?

- Alucinações táteis: percebe algo esquisito no seu corpo?

- Alucinações cenestésicas: realiza algum gesto contra sua própria vontade? Existe mudanças de posicionamento em estruturas do seu corpo contra seu controle?

d) Afetividade

- Ansiedade: encontra-se em estado de ansiedade?
- Hipertimia: está mais feliz que o normal?
- Tristeza ou apatia: você sente tristeza e melancolia comumente?
- Irritação: sua irritação é mais comum que o normal atualmente?
- Emoções e sentimentos: possui alguma inimizade ou alguém que lhe guarda ódio ou rancor?

Volição e psicomotricidade:

- Movimenta as pernas ansiosamente?
- Como são suas expressões espontâneas?
- Faz gestos e ações indevidas ou estranhas?
- Como definir sua mímica no repouso?
- A tonalidade vocal esta diminuída, aumentada ou exagerada?

f) Atenção

- É natural à distração?
- Sua capacidade de concentração é normal ou diminuída?
- Consegue finalizar tarefas sem dificuldades?
- Possui boa capacidade de organização de tarefas?

Teste: sugira ao paciente que observe os objetos que estão na sala de entrevista e nomeie-os o que viu.

g) Orientação

Temporal

- Que dia é hoje?
- Qual o dia da semana?
- Qual o dia do mês?
- Em que mês estamos?

Espacial

- Onde nós estamos?
- Qual o nome da sua cidade e do seu bairro?

- Do trabalho até seu lar quanto tempo leva?

Autopsíquica

- Como se chama?
- Quem você é?
- Em que trabalha?
- Quem são seus genitores?

h) Memória

Fatos recentes

- Lembra-se de fatos de ocorrência recente?
- Lembra-se onde você guarda suas coisas e pertences?
- Faz as rotinas do lar como faxina, cozinha e compras sempre normalmente?
- Consegue encontrar o vocábulo apropriado para se expressar sobre os fatos?
- Apresenta facilidade com finanças e assunto de banco de modo geral?
- Costuma fazer confusão sobre entes da família (marido, primo, sobrinho ou neto)
- Costuma se perder no bairro, em dependências do lar e caminhando pela cidade?
- Costuma fazer confusão sobre fatos sobre a família e as amizades?

Fatos remotos

- Consegue recordar fatos da infância, adolescência, períodos de namoro, casamento e gestação?

i) Linguagem

Produção

- A fala é lentificada ou ligeira?
- O que podemos dizer da fala do enfermo? Espontânea ou precisa ser solicitada?

Qualidade

- O conteúdo de seus vocábulos é fraco, médio ou abundante?
- Sua fala é do ponto de vista gramatical apropriada ou inapropriada?
- Existem neologismos? E estereótipos verbais?
- Utiliza vocábulos esdrúxulos ou bizarros?

j) Inteligência

- Interpessoal: possui boa compreensão e expressão com os outros?
- Musical: é capaz de perceber sons, incluindo tons, ritmos e harmonias?
- Lógico concreta:
 - . É capaz de se relacionar com relativa familiaridade com números e situações de lógica?
 - . É dotado de boa potencialidade para captar, generalizar e associar idéias?
- Interpessoal: possui boa compreensão de si próprio?
- Linguística: boa compreensão dos vocábulos e detalhes de seus significados?
- Cinestésico corporal: apresenta inclinação para tarefas de
 - . Psicomotricidade ou cinestésica-corporais?
 - . Possui boa consciência do seu corpo?
- Espacial: questiona situações entre objetos e espaços?

l) Consciência

- A orientação temporo e espacial do enfermo está preservada?
- Está acordado ou sonolento?
- O enfermo apresenta alguma dificuldade de interação com os estímulos do meio exterior? (DALGALARRONDO, 2000).

Quadro I: História psiquiátrica/CID

ESQUIZOFRENIA	PREJUÍZO	DEPRESSÃO	PREJUÍZO	TINO MOTRICIDADE	PREJUÍZO
Paranóide hebefrenico catatônico aguda e transitória	- Hist. familiar - Hist. desenvolvimento - Hist. Progressa psiquiátrica	C/S/ somáticos C/S/ psicose Recorrente ansiedade	- Hist. familiar - Hist. social - Hist. Ocupacional - Hist. conjugal	Agitação psicomotora Estupor Agitação explosiva Agitação histérica	Hist. Social
DEMÊNCIA		DIST. COMPORTAMENTO		TINO SEXUALIDADE	
Delirium Def. vitamínicas Vascular Dç. Neurológica Alzheimer Out. doenças	- Hist. familiar - Hist. Psiquiátrica médica	Fisiológicos Tino alimentação Tino sono	Hist. desenvolvimento Hist. familiar	Identidade sexual Parafilia Preferência sexual Disfunção sexual	Historia sexual Historia social Historia conjugal
ÁLCOOL		NEURÓTICOS		TINO INTELIGÊNCIA	
Substâncias psicoativas	Hist. familiar Hist. psiquiátrica médica Hist. legal Hist. social	Dissociação do pânico Ansiedade generalizada Obsessivo compulsivo Somatomorfo	Hist. familiar Hist. social	Retardamento mental Idiota Cretino Imbecil	Hist. familiar Hist. Desenvolvimento
PMD		TINO PERSONALIDADE		OUTROS TRANSTORNOS	
Transtorno do humor Fatores: Tempo agudo/grave Sint. Psicóticos	Hist. familiar Hist. psiquiátrica médica	Paranóide Esquizóide Antisocial Ansioso Anancstico	Hist. legal Hist. social	1 Habilidades escolares 2 Fala e linguagem 3 Hipercinéticos 4 Hábitos e impulsos 5 Desenvolvimento	Hist. educacional Hist. do desenvolvimento

Quadro II: Exame do estado mental/CID

ESQUIZOFRENIA	PREJUÍZO	DEPRESSÃO	PREJUÍZO	TINO MOTRICIDADE	PREJUÍZO
Paranóide hebefrenico catatônico aguda e transitória	- Altera juízo e consciência - Altera praticamente todas as funções psíquicas - É conhecida como doença da mente	C/S/ somáticos C/S/ psicose Recorrente ansiedade	- Afetividade - Memória - Atenção - Psicomotricidade	Agitação psicomotora Estupor Agitação explosiva Agitação histérica	Psicomotricidade Impulso Hábito
DEMÊNCIA		DIST. COMPORTAMENTO		TINO SEXUALIDADE	
Delirium Def. Vitaminas Vascular Dç. Neurológico Alzheimer Out. doenças	- Memória principal - Consciência (não altera) - Orientação	Fisiológicos Tino alimentação Tino sono	Memória Psicomotricidade Impulso Hábito	Identidade sexual Parafilia Preferência sexual Disfunção sexual	Afetividade Psicomotricidade Instinto Impulso
ÁLCOOL		NEURÓTICOS		TINO INTELIGÊNCIA	
Substâncias psicoativas	Senso-percepção Memória Psicomotricidade Impulso Hábito Consciência Orientação	Dissociação do pânico Ansiedade generalizada Obsessivo compulsivo Somatomorfo	Afetividade Orientação Sensopercepção	Retardamento mental Idiota Cretino Imbecil	Inteligência
PMD		TINO PERSONALIDADE		OUTROS TRANSTORNOS	
Transtorno do humor Fatores: Tempo agudo/grave Sint. Psicóticos	Consciência Juízo Afetividade	Anancstico Paranóide Esquizóide Antissocial Ansioso	Nenhuma função psíquica está alterada É uma doença do caráter da conduta moral	1 Habilidades escolares 2 Fala e linguagem 3 Hiperclínicos 4 Hábitos e impulsos 5 Desenvolvimento	3 psicomotricidade Instinto Impulso 2 linguagem 5 e 6 atenção

Lima, Anaxágoras Vassili de,
Propedêutica psiquiátrica: uma revisão de literatura / Anaxágoras Vassili
de Lima, Margiane Neves Pereira - São Luís, 2012.

59 f., il.

Trabalho de conclusão de curso (Pós- Graduação em Saúde Mental
e Atenção Psicossocial) – Curso de especialização em saúde mental e
atenção psicossocial Laboro Excelência em pós Graduação,
Universidade Estácio de Sá, 2011.

1. Psiquiatria. 2. Propedêutica Psiquiátrica. Título.

CDU: 616.89