

ANAMNESE PSIQUIÁTRICA

I) INTRODUÇÃO

A anamnese psiquiátrica é o principal instrumento que o psiquiatra clínico tem para conhecer seu paciente, colher sua história de doença, estabelecer um diagnóstico e por conseguinte propor um tratamento. Diferentemente de outras áreas da medicina, a psiquiatria tem pouco auxílio dos exames laboratoriais, embora essa seja uma área de notável crescimento nos últimos anos, ainda está muito longe das outras especialidades médicas. Alguns exames como Tomografia Cerebral, Ressonância Magnética Cerebral, Eletroencefalograma e dosagens de hormônios tireoidianos vem se tornando quase imprescindíveis, mas estão ainda longe de serem definitivos no auxílio diagnóstico.

Ao se examinar um doente psiquiátrico deve-se ter em mente que naquele momento a pessoa pode estar expondo fatos importantes de sua vida, muitas vezes constrangedores e que normalmente não seriam falados com ninguém, devemos então respeitar o paciente nesse momento e preservar sua intimidade, para tanto uma sala fechada, sem vazamento de som, é o mínimo que se deve oferecer ao paciente assim como local de assento razoavelmente confortável. Não há necessidade de luxo que não exista em outras situações do local em que se está, se o paciente se sentir acolhido e compreendido, isso já será suficiente para despertar a confiança do paciente.

Em um primeiro contato não é aconselhável confrontar o paciente com possíveis delírios, é um momento de conhecimento mútuo e de empatia. O médico não deve concordar com as idéias persecutórias que porventura o paciente apresente, ou com um delírio de culpa, ou tendência suicida, deve mostrar que não está de acordo com aquilo que o paciente diz, procurando sempre trazê-lo à realidade, mas sempre evitando um confronto direto, esse só deve ser feito quando o paciente já é bem conhecido e não há risco de que ele abandone o tratamento por isso.

Com pacientes em que se suspeite de idéias de suicídio, este deve ser investigado à fundo, e se necessário ser perguntado diretamente ao paciente se há essa possibilidade. Falar-se de suicídio com o paciente não o induz à isso, e sim cria-se a possibilidade de que o assunto seja debatido e conseqüentemente evitado.

Ao lidar com pacientes muito agitados ou violentos, o médico deve procurar se preservar, o exame deve ser feito num local que possibilite ao médico uma “retirada” rápida e o auxílio de enfermeiros treinados deve ser imediato, caso seja necessário contenção temporária do paciente. A agressão ao médico é rara, mas deve ser considerada.

Toda a anamnese psiquiátrica deve durar em média 40-60 minutos. Ao se ater à investigação psíquica propriamente dita, o examinador deve inicialmente deixar a entrevista correr livremente, buscando ganhar a confiança do paciente e os pontos que para ele são mais importantes. Conforme forem sendo colhidos os dados, esses deverão, pouco a pouco, ser esmiuçados, num afunilamento gradual que vai culminar em perguntas diretas sobre os temas ou sintomas que não ficaram bem esclarecidos na entrevista.

II) OBJETIVOS

- 1. TRATAMENTO*
- 2. COMPREENSÃO PSICOLÓGICA*
- 3. DIAGNOSTICO*
- 4. ALIANÇA TERAPÊUTICA*

III) QUEIXA PRINCIPAL

Pode ou não ser manifesta pelo doente. É o motivo pelo qual o paciente foi à consulta. Muitas vezes o paciente não tem queixa própria e mesmo nega a doença, atribuindo à outros sua problemática. Em algumas ocasiões uma queixa “falsa” pode mascarar outro sintoma que realmente motivou a consulta.

Deve ser descrito o que o paciente diz sobre sua vinda, com suas palavras e o que o acompanhante esclarece.

IV) HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL.

A história da doença atual deve ser detalhada e incluir todos os sintomas observados na consulta e relatados pelo acompanhante. Início da doença, internações ocorridas, tratamentos efetuados, medicações utilizadas, sintomas existentes, etc. Deve terminar com o relato da situação atual, que levou à procura de auxílio.

V) HISTÓRIA PESSOAL

Deve ser o mais amplo possível, dados de nascimento, evolução na primeira infância, idade em que andou, controle de esfíncteres, fala, doenças da primeira infância, comportamento escolar, adolescência, menarca, comportamento em grupos, trabalho, envolvimento com polícia, uso de bebidas alcoólicas, vida militar, religião, vida sexual, casamento, nascimento de filhos, morte de entes queridos, menopausa, etc. Sempre se deve procurar obter as atitudes do paciente frente à essas situações de vida.

VI) EXAME FÍSICO

Um exame físico que investigue minimamente o doente deve ser feito. Ao psiquiatra não é exigido um exame detalhado, mas como médico ele deve estar preparado para detectar possíveis patologias orgânicas que podem estar contribuindo ou mesmo causando uma alteração de comportamento. Quadros infecciosos, Endocrinopatias, Tumores, Diabetes e outros podem freqüentemente desencadear alterações comportamentais que se consideradas apenas em seu aspecto psiquiátrico não serão adequadamente tratadas.

VII) EXAME PSÍQUICO

É a partir daqui que a anamnese se diferencia para o psiquiatra, é nesse momento, que na verdade começa desde que o paciente entra na sala, que o psiquiatra vai esmiuçar o comportamento do paciente e decidir se existe algum diagnóstico a ser feito.

O psiquiatra deve fazer seu relato sempre sem utilizar termos técnicos, usando preferencialmente as palavras do paciente ou de seu acompanhante ou a descrição do que vê na consulta. Deve-se ter em mente que um outro profissional que posteriormente leia o relato possa se sentir como se estivesse “vendo” o paciente.

Do exame devem constar as seguintes áreas do psiquismo, que podem ser descritas em qualquer ordem, dependendo mais de quem examina:

1. **Aparência** Modo de se vestir, de andar, falar, expressão facial, tiques, postura, trejeitos, gírias, etc. É realizada apenas com a observação do paciente.
2. **Nível de Consciência** Grau de lucidez e exame quanto à capacidade de orientação, atenção e concentração. É afetada principalmente em casos de Traumatismo Craniano, Infecções, Tumores, Intoxicações Exógenas ou Endógenas, Epilepsia, ou seja, casos de comprovada alteração orgânica. Deve se testar a orientação do paciente quanto à si mesmo e no tempo e espaço. Lentidão nas respostas ou necessidade de repetição freqüente das perguntas podem ser indicativos de déficit de atenção, assim como distratibilidade fácil.
3. **Memória** Deve ser investigada em seus componentes imediato e tardio (fixação e evocação). Estará alterada nos mesmos casos anteriores e nas Demências, podendo ser testada com pequenos testes de repetição de palavras, histórias, etc. O exame conhecido como “Mini Mental” é muito útil. Em alguns casos, o paciente pode “preencher” os vazios de memória com fabulações mais ou menos inconscientes, ou mesmo alucinar dados de memória.
4. **Inteligência** Definida como uma “capacidade de adaptação ou de “resolução de problema”, é muito afetada pela cultura, o que muitas vezes pode causar confusão no examinador. Interpretação de provérbios populares sempre ajuda e o paciente com déficit intelectual demonstrará dificuldades, tendendo a interpretações concretas, voltadas para sua realidade imediata. O psicótico também tende a fazer interpretações concretas ou mesmos adaptá-las ao seu delírio.
5. **Afetividade** Incluem-se aqui o humor básico do paciente, o estado de animo atual, o nível de envolvimento com atividades rotineiras, se há alegria mórbida, euforia, tristeza, depressão, incongruência entre discurso e afetos, ambivalência afetiva, raiva, ira, embotamento afetivo, etc. O modo com que o paciente fala de seus entes queridos, de seu trabalho, das coisas que gosta de fazer, sua expressão facial, são fundamentais para a avaliação.
6. **Sensopercepção** Avalia-se aqui o sensorio do paciente em todos os sentidos básicos: audição, visão, gustação, olfação e tato. Se há presença de ilusões e alucinações. Quadros ricamente floridos com fenômenos alucinatórios são típicos de psicoses esquizofrênicas, alcoolismo e uso de drogas.

7. **Vontade** Investiga-se aqui o grau em que o paciente busca conseguir as coisas que deseja, as atitudes que toma. Está intimamente ligada à afetividade. O paciente pode estar hipobúlico, hiperbúlico ou mesmo abúlico.
8. **Psicomotricidade** Muito dependente da vontade e da afetividade, expressa o nível de atividade motora do paciente, deve-se investigar se está excessiva ou inibida, se tem finalidade prática ou não, se as atividades são concluídas ou não.
9. **Pensamento** Deve ser examinado quanto ao seu curso, sua forma e seu conteúdo. Existem inúmeras alterações de pensamento, a maioria é decorrente de quadros psicóticos esquizofrênicos ou de distúrbios afetivos. Quanto ao curso, este pode estar acelerado, com desvios do curso em que se perde o “fio da meada”, lento, com demora nas respostas, ou interrompido. Quanto à forma, pode haver desagregação, tangencialidade, bloqueio, perseveração, ecolalia, etc. Quanto ao conteúdo, podem haver idéias delirantes dos mais diversos tipos, idéias deliróides, erros de interpretação, fusões de pensamentos com criação de neologismos, etc.

VIII) SÚMULA PSICOPATOLÓGICA

Nesta seção o examinador deverá fazer um resumo do exame psíquico. Todos os sintomas descritos detalhadamente naquela etapa deverão ser resumidos em seu termo técnico apropriado. Quando se descreveu toda uma situação persecutória do paciente com detalhes de uma trama para prejudicá-lo, provocações, calúnias, etc. pode-se resumir tudo aqui num único termo relatando-se: “delírio persecutório”.

A anamnese psiquiátrica vai culminar com um diagnóstico ou pelo menos uma hipótese diagnóstica, que vai determinar o tipo de tratamento, ou tratamentos, a ser efetuado.

DSM III r

Trata-se do Manual de Diagnóstico e Estatística adotado nos Estados Unidos, versão III revisada.

I) Avaliação Multiaxial - 5 eixos

Eixo 1 - Síndromes Clínicas;

Eixo 2 - Distúrbios do Desenvolvimento e Personalidade;

Eixo 3 - Distúrbios e Condições Físicas, importante para o problema atual;

Eixo 4 - Fatores de Stress-psicossocial.
tipos: conjugal, ocupacional, financeiro, legal, desenvolvimental, doença, tragédia da natureza.

Eixo 5 - Avaliação Global do Funcionamento, baseado em uma escala.

II) Características

- Permite a classificação da certeza do diagnóstico.
- Uniformiza o procedimento médico e diagnóstico.
- Permite elaboração de pesquisas.