

MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

Registrar escolaridade e data do exame

ORIENTAÇÃO TEMPORAL (0-5 pontos)

1- Dia Mês Ano Dia da semana Horas

ORIENTAÇÃO ESPACIAL (0-5 pontos)

2- Local (específico) Local (geral) Bairro
Cidade Estado

REGISTRO (0-3 pontos)

3- Repetir 3 palavras:
carro vaso tijolo

ATENÇÃO E CÁLCULO (0-5 pontos)

4- Série descendente de 100-7:
93 86 79 72 65

ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente:

O D N U M

EVOCAÇÃO (0-3 pontos)

5- Repetir as 3 palavras do registro:
carro vaso tijolo

LINGUAGEM (0-8 pontos)

6- Denominar um relógio de pulso e uma caneta

7- Repetir : “Nem aqui, nem ali, nem lá”

8- Atender ao comando: “peque um papel com a mão direita , dobre-o ao meio e coloque-o no chão”

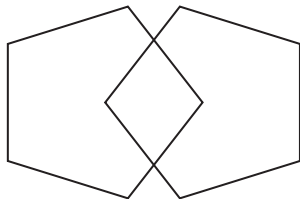
9- Ler e obedecer a seguinte ordem por escrito:

FECHE OS OLHOS

10- Escrever uma frase completa

PRAXIA(0-1 ponto)

11- Copiar o desenho



Pontos de corte para risco de déficit cognitivo:

analfabeto: 13 pontos

1 a 7 anos de estudo: 18 pontos

8 ou mais anos de estudo: 23 pontos

BERTOLUCCI, P. et al, *Arq Neuropsiquiatr*; 52:1-7. 1994.

ROTEIROS PARA AVALIAÇÃO INTEGRAL

PRINCÍPIOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA

- I- Os profissionais da Saúde da Família são especializados e qualificados;
- II- Os cuidados são influenciados pela comunidade;
- III- A equipe de Saúde da Família é um recurso de uma população definida;
- IV- A relação profissional-pessoa é fundamental no desempenho do profissional da Saúde da Família.

Adaptado de LOPES, J. M. C.

Disponível em www.agmfc.org.br/site/principios.asp; acesso em 15/3/2009

ETAPAS DO ATENDIMENTO CENTRADO NA PESSOA

- 1- Explorando a enfermidade e a experiência da pessoa em estar doente (illness x disease);
- 2- Entendendo a pessoa como um todo;
- 3- Elaborando projeto comum de manejo dos problemas;
- 4- Incorporando prevenção e promoção à saúde;
- 5- Intensificando a relação profissional - pessoa;
- 6- Sendo realista.

Adaptado de STEWART, M et al. *Patient centered medicine: transforming the clinical method*. Radcliffe Medical, 2003.

ROTEIRO PARA DISCUSSÃO DE CASOS EM APOIO MATRICIAL DE SAÚDE MENTAL

Aproximação da Clínica Ampliada

- Motivo do matriciamento;
- Informações sobre a pessoa, família e ambiente;
- Problemática apresentada no atendimento (nas palavras da pessoa, familiar, outros);
- História do problema atual (início, fator desencadeante, manifestações sintomáticas, evolução, intervenções biológicas ou psicossociais realizadas, compartilhamento do caso (referência/contra-referência);
- Configuração familiar (genograma);
- Vida social (participação em grupos, instituições, rede de apoio social, situação econômica);
- Efeitos do caso na equipe interdisciplinar;
- Formulação diagnóstica multi-axial.

Formulação Diagnóstica Multiaxial

- 1- Transtornos mentais;
- 2- Transtornos/estilo de personalidade e t. do desenvolvimento;
- 3- Problemas de saúde em geral;
- 4- Avaliação de incapacidade;
- 5- Problemas sociais.

Formulação de Projeto Terapêutico Singular

- 1- Abordagens biológicas e farmacológica;
- 2- Abordagens psicossociais e familiar;
- 3- Apoio do sistema de saúde;
- 4- Apoio da rede comunitária;
- 5- Trabalho em equipe: quem faz o quê.

Cartão Babel

de Saúde Mental na Atenção Básica

Este cartão contém instrumentos de avaliação em saúde mental na atenção básica, incluindo instrumentos de triagem de transtornos do humor, transtornos ansiosos, avaliação do risco de suicídio, demência, álcool e tabaco.

Apresenta também roteiros de consulta e levantamento de casos a serem discutidos nos espaços de apoio matricial em saúde mental.

O cartão Babel foi adaptado, com autorização de seus autores, do conceito original desenvolvido por Goldberg, Gask e Morriss, em *Psychiatry in Clinical Practice* (Routledge, 2008)



Este cartão pode ser reproduzido parcial ou integralmente, desde que citada a fonte: GONÇALVES, D.A.; ALMEIDA, N.S.; BALLESTER, D.A.; CHAZAN, L.F.; CHIAVERINI, D.; FORTES, S.; TÓFOLI, L.F. *Cartão Babel de Saúde Mental na Atenção Básica*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2009. 6 p.

EXAME DAS FUNÇÕES PSÍQUICAS

1) Apresentação e comportamento

• Descrever atitude do paciente, vestes, reação ao contato, atividade psicomotora, movimentos involuntários, postura;

2) Cognição

• Consciência: obnubilação, sonolência, estupor, coma, letargia, estado de fuga (esquece sua identidade, com tendência a sair vagueando).

- Orientação auto e alopsiúica (local, hora, dia e data)
- Atenção e concentração dirigida e espontânea (do meio ambiente)
- Memória imediata : experiências nos últimos dias
- Memória remota: eventos pessoais passados como escola, casamento
- Inteligência: cálculos, leitura

3) Afetividade, humor e vitalidade

• Registrar a reação e sintonia afetiva entre discurso e conteúdo;

• Observar tendência ao choro, tristeza, euforia, desinibição.

Variação do humor durante o dia, ânimo, libido;

• Avaliar distúrbios do sono, alteração de apetite e peso e ideação suicida;

4) Discurso

• Avaliar a velocidade do discurso, sua qualidade (se é coerente) e continuidade (se há associação lógica entre temas, idéias e assuntos);

5) Conteúdo do pensamento

• Investigar preocupações, pensamentos recorrentes, dúvidas, motivos de ansiedade e medo; fobias e pensamentos obsessivos, atos compulsivos ou rituais ou estratégias para evitar ou aliviar ansiedade.

• Notar se há delírios (idéias patologicamente falseadas, que não encontram sustentação lógica).

6) Sensopercepção

• Ilusão é a percepção sensorial alterada de um estímulo real;

• Alucinação é a percepção irreal que ocorre na ausência de estímulo externo. As alucinações podem ser auditivas, como as verbais na terceira pessoa (mais comuns em psicoses), visuais (mais frequentes em distúrbios orgânicos), olfativas, gustatórias ou táteis;

• Despersonalização é a sensação de irrealidade em relação ao próprio corpo (relativamente frequente em transtornos ansiosos e depressivos);

7) Juízo e autocrítica

• Juízo: alterado na ocorrência de delírios (com gradações)

• Para exame da autocrítica, usar perguntas como: “Você acha que tem uma doença física, mental ou nervosa?”, “ Você acha que pode estar precisando de tratamento ?”

TRIAGEM PARA DEPRESSÃO

- 1– Nas duas ultimas semanas você sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?
- 2– Nas duas últimas semanas você teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e prazer pelas coisas que lhe agradavam habitualmente
- Se houver menos uma resposta ‘sim’, faça as perguntas a seguir:*
- A– Seu apetite mudou de forma significativa?
- B– Teve problemas de sono quase todas a noites (dificuldade para pegar no sono, acordar no meio da noite, dormir demais)?
- C– Falou ou movimentou-se mais lentamente que de costume ou pelo contrario, sentiu-se mais agitado ou incapaz de ficar quieto?
- D– Sentiu-se a maior parte do tempo cansado, sem energia, quase todos os dias?
- E– Sentiu-se sem valor ou com culpa, quase todos os dias?
- F– Teve dificuldade em tomar decisões, de se concentrar ou problemas de memória quase todos os dias?
- G– Teve por varias vezes pensamentos ruins, com seria melhor estar morto, ou fazer mal a si mesmo?

Se ‘sim’ em 1 ou 2 + ‘sim’ em qualquer um de A a G, há grande risco de depressão:

- 3 e 4 respostas positivas– depressão leve
- 5 a 7 respostas positivas–depressão moderada
- risco de suicídio, sintomas psicóticos ou 8 a 9 respostas positivas– depressão grave

Em caso de depressão:

- Avaliar risco de suicídio (ver a seguir)
- Considerar transtorno afetivo bipolar e investigar quadro pregresso de mania
- Questionar sobre uso de drogas e álcool

Adaptado de AMORIM, P.; Rev Bras Psiquiatr ; 22:106-15, 2000

AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO

- 1– Você pensou que seria melhor estar morto? (1)
- 2– Você quer fazer mal a si mesmo? (2)
- 3– Você tem pensado em se suicidar? (6)
- 4– Você tem planejado uma maneira de se suicidar? (10)
- 5– Você tentou o suicídio (recentemente)? (10)
- 6– Você já fez alguma tentativa de suicídio (em sua vida)? (4)

Risco de suicidio (somar os pontos)

1-5: leve; 6-9: moderado; 10-33: elevado

Lembre-se: O melhor preditor de suicídio nos antecedentes pessoais é uma história prévia de tentativa de suicídio

Adaptado de AMORIM, P.; Rev Bras Psiquiatr ; 22:106-15, 2000; e FERREIRA, M. H. F. et al. Rev Bras Psiquiatr; 29:51-54

TRIAGEM PARA ANSIEDADE

- 1– Você tem se preocupado demais?
- 2– Você tem se sentido esgotado, tenso?
- 3– Você tem se sentido muito irritado(a) ou com “problema nos nervos”?
- 4– Você tem tido dificuldade em relaxar?
- Se houver pelo menos dois ‘sim’, faça as perguntas a seguir:*
- 5– Você tem dormido mal ou dificuldade para dormir?
- 6– Você tem sentido dor de cabeça, no pescoço ou mal estar na cabeça ?
- 7– Você tem sentido tontura, suor frio, diarreia, formigamentos, desconforto no estômago, batadeira etc. (sintomas autonômicos)?
- 8– Você está preocupado com sua saúde?
- 9– Estes problemas têm prejudicado sua qualidade de vida e relações com outras pessoas?

Respostas positivas em número de 5 ou mais, com pelo menos 6 meses de evolução indicam forte risco para um diagnóstico de transtorno de ansiedade.

Adaptado de GOLDBERG, D. et al, Psychiatry in Medical Practice, Routledge, 2008. p. 8

USO NOCIVO DE ÁLCOOL (CAGE)

- C (*cut*) – Você já considerou beber menos ou parar de beber?
- A (*annoyed*) – Pessoas o tem perturbado por criticá-lo por beber?
- G (*guilty*) – Você tem se sentido culpado ou mal por beber?
- E (*eye opener*) – Você bebeu logo pela manhã, ao acordar, para aliviar os nervos ou a ressaca ?

Se pelo menos duas positivas fazer consulta especifica para alcoolismo e drogas (pode-se usar o instrumento ASSIST da OMS)

MASUR, J. et al, J Bras Psiquiatr; 34:31-4, 1985

DEPENDÊNCIA AO TABACO (TESTE DE FAGERSTRÖM)

- 1– Quanto tempo você demora para fumar depois que acorda?
<5 min (3) 5-30 min (2) 31-60 min (1) >60 min (0)
- 2– Você acha difícil não fumar em lugares proibidos?
Sim (1) Não (0)
- 3– Qual cigarro do dia que te dá mais satisfação?
O primeiro da manhã (1) Outros (0)
- 4– Quantos cigarros você fuma por dia?
< 10 (0) 11 a 20 (1) 21 a 30 (2) >30 (3)
- 5– Você fuma frequentemente pela manhã?
Sim (1) Não (0)
- 6– Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?
Sim (1) Não (0)

Grau da dependência (somar os pontos):

0-2: muito baixo; 3-4: baixo; 5:médio; 6-7: elevado.

HALTY, L.S. et al, J.Pneumol; 28:180-6, 2002