

BASE DE DADOS COLABORATIVA PARA O ESTUDO DO EXAME DO ESTADO MENTAL

Renata Mاتيoli Covre
Giane da Silva Faria

O desafio era transformar conceitos em uma base realmente utilizável



- O Exame do Estado Mental organiza a observação clínica e sustenta os conteúdos posteriores de psicopatologia.
- O desafio: favorecer a compreensão de seus diferentes domínios e criar um material de fácil retomada ao longo do curso.

A proposta nasceu de uma construção colaborativa

- A contribuição de cada equipe orientou uma decisão do desenho pedagógico.

Docente
necessidade
curricular

DDP
desenho da
atividade

Tecnologia
Educacional
configuração da
Base de Dados

Uma decisão pedagógica apoiada por diferentes competências

A Base de Dados tornou visível o produto coletivo

- O glossário foi a ideia inicial. A Base de Dados do Moodle permitiu organizar as contribuições em campos, exibi-las como tabela e consultar o acervo posteriormente.
- A escolha da ferramenta respondeu ao objetivo pedagógico: tornar o conhecimento coletivo mais visual, comparável e reutilizável.

A atividade articulou preparação, autoria e consulta

- Disciplina Cuidado Integrado – Saúde Mental | 8º semestre de Medicina | maio–junho de 2026

1

**Pré-leitura
texto de
referência**

2

**Autoria
definições
próprias**

3

**Envio
campos por
categoria**

4

**Consulta
tabela coletiva**

A turma inteira participou da construção

- 13 estudantes — 100% da turma
- Cada estudante elaborou definições com suas próprias palavras, em duas a seis linhas, acrescentando exemplos clínicos quando pertinentes.
- As produções individuais foram avaliadas quanto à correção conceitual.

O resultado foi um acervo organizado e consultável

- As contribuições foram reunidas em nove categorias do Exame do Estado Mental.

Psicomotricidade	Avalia os movimentos e a atividade motora do paciente, observando velocidade, intensidade e presença de alterações involuntárias. Pode haver agitação psicomotora, retardo motor, tiques ou estupor. Exemplo: paciente catatônico que permanece imóvel e silencioso.
Situação da entrevista	Descreve o contexto em que ocorreu a entrevista e a forma como o paciente se relacionou com o examinador. Observa-se cooperação, resistência, indiferença ou tentativa de controlar a conversa. Um paciente pode, por exemplo, responder de forma hostil e se recusar a colaborar.

Categoria 2 — Discurso e Pensamento	
Capacidade de abstração / pensamento concreto	É a habilidade de compreender conceitos gerais e interpretar ideias além do sentido literal. Pode ser avaliada pela interpretação de provérbios. Um indivíduo com boa abstração entende que “água mole em pedra dura” fala sobre persistência.
Características da fala (espontânea, mutismo, afasia, disartria)	Características da fala espontânea Avalia se o paciente fala naturalmente ou apenas quando estimulado. Também observa volume, clareza e fluidez da fala. Uma fala espontânea excessiva pode ocorrer em estados maníacos.
	Mutismo É a ausência de fala, mesmo com preservação da capacidade física para falar. Pode ocorrer em catatonia, depressão grave ou transtornos psicóticos. O paciente permanece em silêncio durante toda a entrevista.
	Afasia Alteração da linguagem causada por lesão cerebral, prejudicando a compreensão ou expressão das ideias. O paciente pode trocar palavras, não compreender perguntas ou produzir frases sem sentido.
	Disartria Dificuldade na articulação das palavras por alteração motora da fala. A linguagem está preservada, mas a pronúncia fica arrastada ou pouco compreensível. Pode ocorrer em doenças neurológicas.

Forma do pensamento	Refere-se à organização e ao encadeamento lógico das ideias. Alterações incluem fuga de ideias, tangencialidade e incoerência. Um paciente pode mudar de assunto constantemente sem concluir o raciocínio.
Progressão da fala	Avalia a quantidade e velocidade da verbalização. Pode haver lentificação, pobreza de fala ou aceleração excessiva. Em mania, o paciente costuma falar rapidamente e sem pausas.

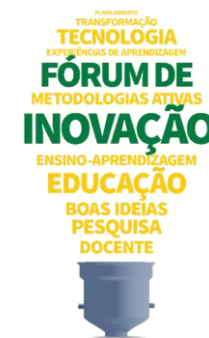
Categoria 3 — Senso-Percepção	
Alucinação auditiva	Percepção de sons ou vozes sem estímulo externo real. As vozes podem conversar entre si ou comentar as ações do paciente. É frequente em transtornos psicóticos, como a esquizofrenia.
Alucinação tátil	Sensação de toque, calor, formigamento ou movimento no corpo sem causa física. Um exemplo é o paciente sentir insetos caminhando sobre a pele.
Alucinação visual	Percepção de imagens, vultos ou cenas inexistentes. Pode variar de flashes luminosos até figuras complexas. É comum em quadros orgânicos e intoxicações.
Despersonalização	Sensação de estranhamento em relação a si mesmo ou ao próprio corpo. O paciente pode relatar que sente como se não fosse real ou como se estivesse separado do próprio corpo.
Desrealização	Percepção de que o ambiente ao redor parece estranho, artificial ou irreal. O indivíduo pode dizer que sente como se estivesse vivendo em um sonho.
Ilusão	É uma interpretação distorcida de um estímulo real. Exemplo: enxergar um casaco pendurado e acreditar que seja uma pessoa.

Os primeiros resultados foram promissores — e apontaram ajustes

- Potencialidades
 - leitura e comparação facilitadas
 - material disponível para retomada no bloco
 - percepção de recurso didático e visual
- Ajuste necessário
 - no início, parte da turma não compreendeu como seria o produto final; após o primeiro registro, a dinâmica ficou mais clara.

Categoria 4 — Afetividade e Humor	
Associação pensamento/afeto	Avalia se o afeto demonstrado é coerente com o conteúdo do pensamento. Um paciente que relata a morte de um familiar sorrindo pode apresentar inadequação afetiva.
Equivalentes orgânicos do afeto	São manifestações físicas associadas ao estado emocional, como alterações de sono, apetite, libido e peso. Na depressão, por exemplo, pode ocorrer anorexia e perda de apetite.
Modulação	Refere-se à capacidade de variar e controlar a expressão emocional. Pode haver rigidez afetiva ou labilidade emocional. Exemplo: paciente que alterna rapidamente entre choro e riso.
Tonalidade emocional	É o humor predominante observado durante a entrevista. Pode ser depressivo, ansioso, eufórico, irritado ou apático. Um paciente maniaco pode apresentar humor enaltecido e expansivo.
Categoria 5 — Atenção e Concentração	
Manutenção da atenção	Avalia a capacidade de permanecer focado em determinado estímulo ou tarefa. Quando prejudicada, o paciente se distrai facilmente e precisa que perguntas sejam repetidas.
Categoria 6 — Memória	
Confabulação	Consiste em preencher falhas de memória com informações falsas, mas acreditadas pelo paciente. Geralmente ocorre sem intenção de mentir. É comum em síndromes amnésicas.
	A memória remota refere-se a fatos antigos da vida; a recente, a acontecimentos dos últimos dias; e a imediata, à retenção de informações por poucos

A inovação esteve no desenho pedagógico, não apenas na ferramenta



- Produção individual + construção coletiva + consulta posterior
- Na observação docente e em comentários informais em sala, a atividade favoreceu compreensão, participação e organização dos conceitos.
- Agradecimentos ao DDP — Departamento Didático-Pedagógico, especialmente ao Prof. Mario Henrique Panziani, e à equipe de Tecnologia Educacional.