

# CENBRAP

PSIQUIATRIA



**Primeira consulta  
em depressão:  
o que não pode faltar  
na avaliação**

# Sumário

|                                                                               |           |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>A consulta começa antes da receita</b>                                     | <b>3</b>  |
| <b>1. Este é um episódio depressivo?</b>                                      | <b>4</b>  |
| <b>2. Há risco que muda a conduta hoje?</b>                                   | <b>5</b>  |
| <b>3. Já houve mania, hipomania ou sintomas mistos?</b>                       | <b>6</b>  |
| <b>4. Há algo que muda a urgência ou o nível de cuidado?</b>                  | <b>8</b>  |
| <b>5. Algo clínico, uma substância ou um medicamento participa do quadro?</b> | <b>9</b>  |
| <b>6. O que o curso anterior ensina?</b>                                      | <b>10</b> |
| <b>7. Qual plano cabe nesta pessoa e neste contexto?</b>                      | <b>11</b> |
| <b>Vinheta clínica: o dado que muda a hipótese</b>                            | <b>12</b> |
| <b>Checklist de fechamento</b>                                                | <b>13</b> |

Conteúdo destinado a médicos. A decisão clínica deve considerar a avaliação individual de cada paciente.

# A consulta começa antes da receita

Uma pessoa chega com desânimo, insônia, perda de rendimento e o pedido por um antidepressivo. A situação parece simples, mas a prescrição segura depende de respostas anteriores: há um episódio depressivo? Existe risco imediato? Já houve mania ou hipomania? Alguma condição clínica, substância ou medicamento participa do quadro?

Diretrizes atuais recomendam uma avaliação abrangente, sem depender apenas da contagem de sintomas. Duração, curso, gravidade, prejuízo funcional, história prévia, contexto, recursos pessoais e comorbidades precisam entrar na formulação.<sup>1,2</sup>

Este e-book organiza a primeira consulta em sete perguntas práticas. Elas não transformam a entrevista em checklist rígido. Funcionam como pontos de segurança para que diagnóstico e plano terapêutico tenham base clínica suficiente.

# 1. Este é um episódio depressivo?

Reconstrua o início e a evolução da mudança. Pergunte o que deixou de funcionar, como estavam humor e interesse antes do quadro e quais áreas foram afetadas.

## Domínios essenciais

- humor deprimido, irritabilidade e perda de interesse ou prazer;
- sono, apetite, peso e energia;
- atividade psicomotora;
- atenção, concentração e tomada de decisão;
- culpa, desesperança, pensamentos de morte e ideação suicida;
- prejuízo no trabalho, estudos, vínculos, autocuidado e responsabilidades.

A gravidade clínica não é apenas o número de sintomas. Psicose, catatonia, agitação intensa, inibição psicomotora importante, recusa alimentar e incapacidade de autocuidado mudam o nível de urgência.

O PHQ-2 ou o PHQ-9 pode apoiar rastreamento e acompanhamento, mas não substitui a entrevista diagnóstica. Um escore positivo não define sozinho diagnóstico, diferencial ou tratamento.<sup>2,5</sup>

## 2. Há risco que muda a conduta hoje?

Pergunte diretamente sobre pensamentos de morte e suicídio. Se houver ideação, explore intenção, plano, acesso a meios, atos preparatórios, tentativas anteriores e capacidade atual de controlar o impulso.<sup>1,2,6</sup>

### A formulação de risco inclui

| O que aumenta a preocupação                                 | O que pode ser mobilizado para proteção               |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| plano estruturado, intenção e acesso a meios                | razões para viver e disposição para aceitar ajuda     |
| tentativa recente ou comportamento preparatório             | vínculo com pessoas de confiança                      |
| desesperança, agitação, impulsividade ou psicose            | acesso rápido ao serviço de saúde                     |
| intoxicação, abstinência ou uso problemático de substâncias | capacidade de reconhecer piora e pedir ajuda          |
| perdas recentes, dor intensa ou ruptura de vínculos         | ambiente com restrição de meios e supervisão adequada |

Escalas não devem ser usadas isoladamente para prever suicídio, negar cuidado ou decidir alta. O objetivo é compreender o processo que sustenta a ideação, identificar fatores modificáveis e construir um plano de segurança individualizado.<sup>2,4</sup>

Risco imediato para si ou terceiros, psicose, catatonia, intoxicação relevante, agitação extrema ou incapacidade grave de autocuidado justificam avaliação urgente em serviço especializado.<sup>1,3</sup>

### 3. Já houve mania, hipomania ou sintomas mistos?

Antes de prescrever antidepressivo, procure episódios anteriores de aumento anormal de energia ou atividade. Evite perguntas genéricas. Explore mudanças episódicas e observáveis.

Pergunte sobre:

- menor necessidade de sono sem cansaço no dia seguinte;
- fala acelerada, inquietação ou múltiplos projetos;
- autoconfiança muito acima do habitual;

- sociabilidade, gastos, sexualidade ou decisões impulsivas;
- consequências familiares, profissionais, financeiras ou legais;
- percepção de familiares sobre essas fases.

A suspeita aumenta com início precoce, recorrência, história familiar de transtorno bipolar, depressão psicótica, episódio no pós-parto, padrão sazonal, ativação por antidepressivo e coexistência de depressão com aceleração ou impulsividade.<sup>1,3</sup>

Nenhum desses elementos isoladamente fecha o diagnóstico. O que importa é reconstruir curso, duração, mudança em relação ao padrão habitual e repercussão. Quando possível e autorizado, informação de familiares pode esclarecer períodos que o paciente não reconhece como patológicos.

## 4. Há algo que muda a urgência ou o nível de cuidado?

A primeira consulta precisa identificar apresentações que não devem ser tratadas como uma depressão ambulatorial comum.

### Sinais que pedem resposta mais rápida

- delírios, alucinações ou perda importante do juízo de realidade;
- mutismo, imobilidade, negativismo, posturas mantidas ou agitação sem propósito;
- comprometimento cognitivo novo ou acentuado;
- recusa alimentar, desidratação ou perda grave de autocuidado;
- agitação intensa, sintomas mistos ou impulsividade crescente;
- início recente em idade avançada, alteração neurológica ou mudança abrupta de personalidade;
- gestação ou puerpério com sintomas graves, psicose ou risco.

Pergunte de forma descritiva. Ideias de culpa irremediável, ruína ou doença incurável podem ter intensidade delirante. Boa aparência,

discurso organizado e chegada espontânea ao consultório não excluem gravidade nem risco.

Conheça a Pós do CENBRAP

## 5. Algo clínico, uma substância ou um medicamento participa do quadro?

Investigue álcool, cannabis, estimulantes, sedativos e outras substâncias. Registre frequência, quantidade, intoxicação, abstinência, consequências e relação temporal com os sintomas.

Revise medicamentos e suplementos. A pergunta central é temporal: o que foi iniciado, suspenso ou teve dose modificada antes da mudança de humor?

História e exame físico dirigem a investigação de condições que podem produzir ou agravar sintomas depressivos. Distúrbios tireoidianos, anemia, transtornos do sono, dor crônica, doenças neurológicas e condições inflamatórias são exemplos possíveis conforme o caso.<sup>2</sup>

Não substitua a avaliação por uma bateria indiscriminada de exames. Hemograma e TSH podem ser úteis em cenários compatíveis. Outros exames, eletrocardiograma ou neuroimagem dependem de indicação clínica específica.<sup>2</sup>

## 6. O que o curso anterior ensina?

Organize uma linha do tempo:

idade de início e número de episódios;

duração, remissões e funcionamento entre episódios;

sazonalidade, pós-parto, gatilhos e hospitalizações;

psicose, catatonia, tentativas de suicídio e uso de substâncias;

história familiar de transtorno do humor, psicose, substâncias e suicídio.

Para cada tratamento anterior, registre nome, dose, duração, adesão, benefício, efeitos adversos e motivo da interrupção. “Não funcionou” pode descrever ensaio inadequado, baixa adesão, intolerância precoce ou ausência real de resposta.

Inclua psicoterapias anteriores, estratégias que ajudaram e recursos usados em recuperações passadas. A história longitudinal evita repetir erros e ajuda a escolher um plano compatível com o padrão de doença e a experiência do paciente.

## 7. Qual plano cabe nesta pessoa e neste contexto?

Investigue comorbidades psiquiátricas e clínicas, trabalho, renda, moradia, responsabilidades de cuidado, trauma, violência, luto, discriminação, solidão e acesso ao tratamento. Reconheça também forças, vínculos, atividades significativas e experiências de recuperação.<sup>1,2</sup>

Pergunte o que o paciente entende do problema, o que espera do tratamento e quais efeitos adversos ou riscos mais o preocupam. A decisão compartilhada melhora a clareza e a possibilidade de adesão.

O plano pode combinar psicoeducação, intervenções psicossociais, psicoterapia, atividade física estruturada, manejo do sono e farmacoterapia. A escolha depende de gravidade, risco, curso, comorbidades, preferência, disponibilidade e resposta prévia.<sup>1,3</sup>

Se houver prescrição, combine:

- objetivo e expectativa realista de tempo;
- efeitos adversos relevantes e sinais de ativação;
- o que fazer se houver piora, agitação ou aumento da ideação suicida;
- data e forma do seguimento;
- participação da rede de apoio, com concordância do paciente.

## Vinheta clínica: o dado que muda a hipótese

Uma paciente de 36 anos apresenta perda de interesse, insônia, queda de rendimento e culpa há seis semanas. O PHQ-9 indica carga sintomática elevada. Ela nega plano suicida, mas relata pensamentos de que seria melhor não acordar.

Ao explorar a terceira pergunta, descreve duas fases anteriores de quatro a cinco dias com apenas três horas de sono, energia preservada, aumento de projetos e gastos que geraram dívidas. A mãe recorda que nessas fases a paciente “falava sem parar” e parecia outra pessoa.

O escore de depressão continua clinicamente útil, mas não encerra a avaliação. A história longitudinal levanta suspeita de bipolaridade, muda o diagnóstico diferencial e exige cautela antes de tratar o episódio como depressão unipolar.

A mesma consulta também precisa formular o risco atual, verificar suporte, restringir meios quando indicado e combinar seguimento próximo. O dado decisivo não veio de um exame. Veio de uma pergunta clínica bem feita.

## Checklist de fechamento

Antes de encerrar, confirme se o registro contém:

| Domínio        | Pergunta de conferência                                                                           |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| episódio atual | duração, sintomas, gravidade e prejuízo estão descritos?                                          |
| segurança      | ideação, intenção, plano, meios, tentativas, proteção e destino em caso de piora foram avaliados? |
| bipolaridade   | mania, hipomania, sintomas mistos e ativação por antidepressivo foram investigados?               |

| Domínio             | Pergunta de conferência                                                       |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| sinais de gravidade | psicose, catatonia, cognição e autocuidado foram examinados?                  |
| diferenciais        | substâncias, medicamentos e condições clínicas foram considerados?            |
| curso               | episódios e tratamentos prévios foram reconstruídos?                          |
| plano               | hipótese, preferências, intervenções, retorno e rede de apoio ficaram claros? |

Uma primeira consulta bem fechada não precisa resolver toda a história em um encontro. Ela precisa identificar o que não pode esperar, sustentar a hipótese inicial e deixar explícito como o diagnóstico e o plano serão reavaliados.

Conteúdo destinado a médicos. A decisão clínica deve considerar a avaliação individual de cada paciente.

**Conheça a Pós do CENBRAP**

# Referências científicas

01 National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management. NICE guideline NG222. Publicada em 2022, atualizada em 2026.

[Acessar fonte](#)

02 Lam RW, Kennedy SH, Adams C, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines for Management of Major Depressive Disorder in Adults. Canadian Journal of Psychiatry. 2024;69(9):641-687. doi:10.1177/07067437241245384.

[Acessar fonte](#)

03 Department of Veterans Affairs, Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder. Version 4.0. 2022.

[Acessar fonte](#)

04 National Institute for Health and Care Excellence. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NICE guideline NG225. 2022.

[Acessar fonte](#)

05 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. Journal of General Internal Medicine. 2001;16(9):606-613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

[Acessar fonte](#)

06 Department of Veterans Affairs, Department of Defense. Suicide Risk CPG: Provider Summary. Version 3.0. 2024.

[Acessar fonte](#)