

PSIQUIATRIA



**Por onde começar
quando a causa da psicose
ainda não está clara?**

Roteiro de consulta para organizar o primeiro episódio psicótico.

O mapa da avaliação

A primeira consulta precisa responder a sete perguntas:

1

Há risco ou instabilidade que exige ação imediata?

2

A alteração é uma síndrome psicótica, delirium ou outro estado mental?

3

Como os sintomas começaram e evoluíram?

4

Humor, substâncias ou medicamentos explicam a apresentação?

5

Há pista clínica para causa neurológica ou sistêmica?

6

Quais exames respondem às hipóteses deste paciente?

7

Qual cuidado, monitoramento e reavaliação começam hoje?

O roteiro não procura fechar um diagnóstico definitivo em uma entrevista. Ele organiza o que não pode ser perdido enquanto a hipótese amadurece.^{1,3}

1. Primeiro, decida se é uma urgência

Procure antes de tudo:

- alteração do nível de consciência, desatenção, desorientação ou flutuação;
- febre, rigidez, convulsão, déficit focal, trauma craniano ou cefaleia nova intensa;
- intoxicação, abstinência, agitação grave ou instabilidade autonômica;
- risco de suicídio, agressão, fuga, exploração ou acesso a meios letais;
- incapacidade de alimentação, hidratação, abrigo ou autocuidado.

Um achado positivo muda o ambiente de cuidado e a velocidade da investigação. “Risco alto” não basta como registro. Descreva o fator, sua iminência, as medidas de proteção e quando haverá nova avaliação.^{1,2}

A primeira decisão não é qual exame pedir. É onde e com que suporte o paciente pode ser avaliado com segurança.

2. Confirme e descreva a síndrome

Registre delírios, alucinações, desorganização da fala ou do comportamento, alterações psicomotoras e sintomas negativos. Para cada sintoma, anote início, frequência, convicção, sofrimento, interferência e relação com a conduta.

No exame do estado mental, inclua:

- aparência, comportamento e psicomotricidade;
- fala, humor e afeto;
- forma e conteúdo do pensamento;
- percepção;
- atenção, orientação, memória e outras funções cognitivas;
- insight e julgamento.

Flutuação da atenção e alteração do nível de consciência apontam para delirium. Catatonia, crise epilética, movimentos anormais ou déficit cognitivo rapidamente progressivo ampliam a suspeita neurológica.^{1,2}

3. Reconstrua uma linha do tempo verificável

Comece antes da psicose franca. Pergunte quando apareceram retraimento, queda no estudo ou trabalho, inversão do sono, desconfiança, experiências perceptivas incomuns e piora do autocuidado.

Depois, organize:

Eixo	Perguntas que discriminam
Início	Horas, dias, semanas ou meses? Houve pródromo?
Curso	Contínuo, episódico ou flutuante? Está progredindo?
Humor	Mania ou depressão antecedeu ou acompanha a psicose?
Substâncias	O uso, a intoxicação ou a abstinência precedeu os sintomas?
Medicamentos	Houve início, retirada ou ajuste recente?
Função	O que mudou em estudo, trabalho, relações e autocuidado?
Clínica	Há febre, convulsão, trauma, cefaleia, déficit focal ou doença sistêmica?

A história colateral pode mostrar mudanças que o paciente não percebe ou não consegue relatar. Defina quem acompanhou o início, quais documentos existem e onde as versões divergem.³

4. Mantenha cinco grupos diagnósticos abertos

Transtorno psicótico primário

Considere espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, mas só conclua após integrar curso, duração, função e exclusões relevantes.

Psicose afetiva

Procure mania, depressão grave ou episódio misto. A relação temporal entre humor e psicose muda o diagnóstico.

Substância ou medicamento

Cannabis, estimulantes, alucinógenos, álcool, corticosteroides, dopaminérgicos e anticolinérgicos são exemplos. O vínculo temporal é mais informativo do que um rastreio toxicológico isolado.

Condição neurológica ou sistêmica

Epilepsia, encefalite, doença endócrina, metabólica, infecciosa, autoimune ou lesão estrutural entram conforme o fenótipo.

Delirium

Desatenção, flutuação e alteração aguda da consciência exigem investigação médica imediata, mesmo quando a apresentação inclui alucinação ou paranoia.

5. Faça exame físico e neurológico dirigido

Registre temperatura, pressão arterial, pulso, saturação quando indicada, hidratação, estado nutricional e sinais de trauma. Procure toxidromes, sinais de abstinência, rigidez, alterações de marcha, tremor, mioclonias, discinesias, assimetria, déficit focal e sinais meníngeos quando pertinentes.

O exame busca pistas, não apenas “liberação clínica”. Achados físicos também definem quais testes vêm a seguir.

Núcleo inicial frequente

Em serviços de intervenção precoce, protocolos podem incluir hemograma, eletrólitos e cálcio, função renal e hepática, glicemia e função tireoidiana. Ajuste a seleção à história, ao exame e ao protocolo local.³ Considere teste de gravidez quando biologicamente aplicável e capaz de modificar investigação ou tratamento.

Acrescente, conforme história, exame e epidemiologia: HIV, sífilis, vitamina B12 e folato, marcadores inflamatórios ou autoimunes, exame toxicológico e outros testes específicos. Um painel maior não é automaticamente uma investigação melhor.

6. Selecione exames de segunda linha por sinais de alerta

Neuroimagem

Tomografia ou ressonância não são recomendadas como rastreio rotineiro de todo primeiro episódio pelo NICE.⁴ Considere imagem quando há déficit focal, convulsão, trauma relevante, cefaleia nova persistente, alteração cognitiva atípica, idade de início incomum ou outra suspeita de doença neurológica.

EEG

Ganha pertinência com episódios paroxísticos, alteração de consciência, suspeita de crise epilética ou encefalopatia.

Punção lombar e investigação autoimune

Pense em líquido e avaliação neurológica quando houver progressão rápida, convulsões, catatonia, movimentos anormais, disfunção autonômica, redução da consciência, declínio cognitivo desproporcional ou achados anormais em EEG ou ressonância. Algoritmos orientados por fenótipo evitam tanto o esquecimento da encefalite autoimune quanto o rastreamento indiscriminado.⁵

Anticorpo sérico isolado não fecha diagnóstico de encefalite autoimune. Interprete o resultado com o fenótipo e, quando indicado, com o líquido.

7. Prepare o tratamento sem encerrar a investigação

Antes de iniciar antipsicótico, registre:

- peso e circunferência abdominal;
- pulso e pressão arterial;
- glicemia de jejum ou hemoglobina glicada;
- perfil lipídico e prolactina;
- movimentos anormais;
- estado nutricional, dieta e atividade física.¹

Ofereça ECG se a bula o exigir, se houver risco ou história cardiovascular ou se o paciente estiver internado.¹

O baseline serve para escolher o fármaco, discutir efeitos adversos e monitorar mudanças. A decisão inclui preferências do paciente, comorbidades, possibilidade de adesão e plano de seguimento. O tratamento pode começar enquanto hipóteses continuam sendo testadas.

Uma página de decisão

Decisão	Evidência mínima	Próximo passo
Urgência	risco, consciência, sinais vitais, autocuidado	definir ambiente e proteção
Síndrome	estado mental e cognição	descrever sintomas e gravidade
Curso	linha do tempo + fonte colateral	separar agudo, episódico e progressivo
Diferencial	humor, substâncias, medicamentos, clínica	manter hipóteses concorrentes
Exames	achados e probabilidade pré-teste	pedir núcleo e extensões pertinentes
Tratamento	baseline físico e preferências	iniciar com monitoramento
Seguimento	destino, responsável e prazo	reavaliar diagnóstico e risco

Registro de saída

Antes de encerrar o primeiro contato, confirme:

- síndrome e duração documentadas;
- risco com plano operacional;
- fontes colaterais e lacunas registradas;
- hipóteses priorizadas sem fechamento prematuro;
- exame físico e neurológico realizados;
- exames vinculados a perguntas clínicas;
- baseline terapêutico quando houver prescrição;
- destino assistencial e data de reavaliação definidos.

Referências

1. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. NICE guideline CG178. Atualizada em 2026. <https://www.nice.org.uk/guidance/CG178/chapter/recommendations>
2. American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 2020;177(9):868–872. <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2020.177901>
3. ENSP Medical Management Writing Group. Medical Management in Early Psychosis: A Guide for Medical Practitioners. Orygen Youth Health Research Centre; 2014. <https://www.orygen.org.au/Training/Resources/Psychosis/Manuals/Manual-PDF-files/orygen-medical-management-pdf.aspx>
4. National Institute for Health and Care Excellence. Structural neuroimaging in first-episode psychosis. Technology appraisal guidance TA136. 2008. <https://www.nice.org.uk/guidance/TA136/chapter/1-Recommendations>
5. Pavál D, et al. Neural Antibodies in First-episode Psychosis Patients with Warning Signs for Autoimmune Encephalitis. Clinical Psychopharmacology and Neuroscience. 2024;22(3):520–530. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11289598/>