

PSIQUIATRIA



Como a
saúde mental
chega no consultório
de quem não é
psiquiatra?

Como usar este guia

Este material acompanha uma consulta em que palpitações, cefaleia, fadiga e sono ruim coexistem com perda de funcionamento. O objetivo é organizar decisões clínicas antes do diagnóstico definitivo.

Capítulo 1 · A queixa e o que mudou	3
Capítulo 2 · O que não pode esperar	5
Capítulo 3 · Diferenciais sem dicotomia	7
Capítulo 4 · Plano e continuidade	11
Formação médica continuada	14
Referências	15

Escopo. Guia educacional para médicos. Não substitui avaliação individual, julgamento clínico ou protocolos locais.

Quando a queixa não chega com nome psiquiátrico

Uma paciente adulta procura atendimento por palpitações, cefaleia, fadiga e piora do sono. Parte da investigação clínica inicial não explicou a intensidade da perda funcional. Ela relata dificuldade para trabalhar, irritabilidade, redução do convívio e episódios de choro, sem apresentar espontaneamente uma queixa psiquiátrica.

A cena é comum fora da Psiquiatria. Sofrimento psíquico pode coexistir com alterações de sono, apetite, energia, concentração, dor e múltiplos sintomas físicos. Esses dados são inespecíficos e não estabelecem causa mental para toda queixa física.^{1,8,9}

O primeiro desafio é manter abertas as hipóteses pertinentes. A consulta precisa reconhecer mudanças do funcionamento habitual, procurar explicações concorrentes e identificar o que não pode esperar.

Da apresentação à pergunta seguinte

A queixa apresentada é a porta de entrada. Início, curso, episódios prévios, repercussão e motivo da procura atual definem as próximas perguntas. Um sintoma é um dado; uma síndrome exige temporalidade e coerência; um transtorno requer critérios, exclusões e contexto.

Dado	Pergunta que muda a avaliação
Sintoma físico	Há explicação clínica suficiente, coexistência de sofrimento ou relação com medicamento ou substância?
Sono alterado	Qual padrão, temporalidade e relação com humor, energia, substâncias ou doença clínica?
Queda funcional	Em quais domínios, desde quando e com qual gravidade?
Desesperança	Há ideação suicida, autoagressão, psicose ou perda de autocuidado?
Energia ou comportamento	Há mania, delirium, psicose, intoxicação ou abstinência?

A perda de produtividade e do convívio amplia a avaliação da paciente. Não fecha depressão, ansiedade ou outro diagnóstico. O dado clínico é a mudança do padrão habitual com repercussão.

Segurança vem antes do diagnóstico

Quando a paciente afirma “não estou dando conta”, acolher é necessário, mas não suficiente. É preciso esclarecer desesperança, pensamentos de morte, ideação suicida atual, intenção, plano, acesso a meios, atos prévios e capacidade de participar do plano de segurança.²

A avaliação não deve ser reduzida a um escore. Instrumentos de risco não predizem individualmente suicídio nem devem decidir, isoladamente, tratamento ou alta. A formulação precisa considerar necessidades, segurança imediata e contexto.⁴

Delirium, primeira psicose, mania provável, intoxicação ou abstinência grave, agitação sem manejo seguro, risco a terceiros e incapacidade importante de autocuidado também mudam a prioridade.^{1,3,5,6,10}

Há condição aguda ou risco relevante?

A bifurcação abaixo organiza o nível de cuidado sem criar uma pontuação própria.

Se houver risco iminente ou síndrome aguda:

- proteja e supervisione;
- avalie condição clínica, lesão ou intoxicação;
- acione o fluxo local de urgência ou emergência;
- não deixe sozinha a pessoa em risco suicida iminente.^{1,2,3,5,6,10}

Se o seguimento ambulatorial for possível:

- registre o que foi pesquisado;
- explique hipóteses e incertezas;
- defina retorno, sinais de alarme e responsável;
- programe reavaliação se novos dados surgirem.

Na paciente do caso, não se fabrica uma urgência. O prontuário deve mostrar por que o cuidado ambulatorial é seguro naquele momento e quais achados mudariam a rota.

Corpo e psiquismo entram na mesma formulação

Depois da segurança, o diagnóstico diferencial pode ser organizado em quatro eixos simultâneos. A estrutura impede tanto a psicologização precoce quanto uma investigação clínica sem direção.

Eixo	O que reconstruir
Síndrome psiquiátrica	Sintomas, duração, curso, gravidade, prejuízo, episódios prévios e estado mental
Condição clínica	Sinais associados, comorbidades, exame físico e investigação orientada
Medicamento ou substância	Início, retirada, dose, álcool, cafeína e outras substâncias pertinentes
Evento ou contexto	Perdas, violência, sobrecarga, rede de apoio e relação temporal

A temporalidade é o elo entre os eixos. Coexistência não demonstra causalidade. Luto, cafeína, um medicamento recente e sintomas afetivos podem participar da mesma formulação sem que um deles explique tudo.

O que buscar sem pedir tudo

História, exame físico, estado mental e testes básicos entram conforme a apresentação. Anemia, alterações tireoidianas, infecções, desidratação, alterações metabólicas, medicamentos, intoxicação e abstinência são exemplos possíveis, não uma bateria universal.¹

Sono merece atenção transversal. Redução da necessidade de sono com aumento de energia é diferente de dormir pouco e permanecer cansado. Também convém perguntar diretamente sobre álcool, estimulantes, medicamentos prescritos e não prescritos e mudanças recentes de uso.^{1,6}

Instrumentos validados podem organizar sintomas e acompanhar evolução. Resultado positivo exige avaliação adicional; resultado negativo não substitui a entrevista diante de sinais clínicos.^{2,7}

Regra prática: cada exame, escala ou pergunta precisa responder a uma hipótese ou alterar uma decisão.

Conheça a Pós em Psiquiatria do CENBRAP

O exame do estado mental orienta a consulta

Mesmo em avaliação breve, observe aparência, autocuidado e comportamento; atividade e cooperação; fala; humor referido e afeto observado; forma e conteúdo do pensamento, inclusive desesperança e pensamentos de morte; percepção; atenção, orientação e cognição. Crítica e capacidade de participar das decisões ganham importância conforme o cenário.¹

O registro deve separar relato, observação e inferência. “A paciente relata três horas de sono” é diferente de “apresenta menor necessidade de sono”. “Chora na consulta” é diferente de “preenche critérios para episódio depressivo”.

Na vinheta, o estado mental precisa ser lido ao lado da trajetória, do funcionamento, do exame físico e do uso de substâncias. Nenhum domínio isolado resolve a formulação.

Matriz provisória aplicada ao caso

Eixo	Dado atual	O que ainda falta
Psiquiátrico	Choro, irritabilidade, retraimento, sono e perda funcional	Duração, anedonia, curso, episódios prévios, mania, psicose e segurança
Clínico	Palpitação, cefaleia e fadiga	História, exame e investigação dirigida pela apresentação
Medicamento ou substância	Medicamento recente e cafeína em excesso	Indicação, dose, cronologia, outros usos e efeitos
Contexto	Perda familiar e dificuldade no trabalho	Relação temporal, suporte, violência, sobrecarga e evolução

A matriz não soma pontos. Ela expõe o confirmado, o que compete com a hipótese e qual dado pode mudar a conduta. Se a informação continuar insuficiente, “condição ainda indeterminada” pode ser a formulação mais precisa.

A consulta precisa terminar com um plano

Um plano adequado separa o que pode ser decidido agora do que depende de evolução. O médico pode revisar medicamento e cafeína, completar história e exames dirigidos, avaliar segurança, explicar hipóteses provisórias e combinar medidas dentro de sua competência.

O que não cabe é encerrar com “procure um psiquiatra” sem plano de ponte, ou iniciar intervenção específica sem formulação suficiente. Encaminhar não extingue automaticamente a responsabilidade do médico assistente.

1. Defina a queixa, o curso e a mudança funcional.
2. Registre segurança e síndromes agudas pesquisadas.
3. Organize hipóteses nos quatro eixos.
4. Escolha investigação e cuidado inicial proporcionais.
5. Defina retorno, contingências e responsável.

Escolha o nível de cuidado

Nível	Quando considerar
Manejo e seguimento	Sem emergência, com autocuidado preservado, participação no plano, retorno e mecanismo de reavaliação
Cuidado compartilhado	Dúvida focal ou necessidade de apoio sem transferência integral do cuidado
Encaminhamento programado	Complexidade diagnóstica ou terapêutica, prejuízo relevante, comorbidades ou resposta insuficiente
Urgência ou emergência	Risco iminente, delirium, agitação grave, mania ou psicose com desorganização, intoxicação ou condição clínica aguda

A porta de entrada e o transporte dependem da gravidade, dos recursos e do fluxo local. Não existe uma única rota operacional para todos os municípios.^{3,5,6,10}

Responsabilidade explícita: até a transição efetiva, o plano provisório, o monitoramento e a rota de contingência precisam permanecer definidos.

O prontuário precisa reconstruir o raciocínio

Um registro clínico útil permite revisar decisões sem esconder a incerteza sob um rótulo prematuro.

1. Queixa, trajetória e motivo da procura atual.
2. Mudança funcional e dados de contexto.
3. Achados positivos e negativos relevantes.
4. Exame do estado mental compatível com o cenário.
5. Avaliação de segurança e síndromes agudas.
6. Hipóteses, diferenciais e dados ainda necessários.
7. Conduta, orientações, retorno e contingências.
8. Responsável pelo seguimento e critérios de escalonamento.

Ao final da vinheta, a paciente pode permanecer sem diagnóstico fechado e ainda sair de uma consulta consistente. O médico terá reconhecido a perda funcional, pesquisado risco, preservado o diferencial clínico e combinado continuidade.

A formação pode ampliar a especialidade de origem

Aprofundar-se em Psiquiatria não significa abandonar a especialidade de origem. Um cardiologista pode reconhecer melhor ansiedade, depressão, sono, substâncias e efeitos psicofarmacológicos que interferem no cuidado cardiovascular. Um ginecologista pode qualificar a avaliação do sofrimento psíquico no ciclo reprodutivo e no climatério.

Alguns médicos descobrem afinidade com a nova área e consideram uma transição profissional. A pós lato sensu pode fortalecer conhecimento e prática, mas não confere título de especialista nem RQE automático. Titulação e registro seguem as regras aplicáveis.^{11,12}

O CENBRAP é parceiro nos dois caminhos. Entre os médicos que cursaram nossas pós, há profissionais que depois cumpriram as etapas aplicáveis e conquistaram seu RQE. Essa experiência inspira, sem constituir garantia de resultado regulatório.

Conheça a Pós em Psiquiatria do CENBRAP

Referências

1. World Health Organization. mhGAP Intervention Guide. Version 2.0. 2016.
[Acessar fonte](#)
2. NICE. Depression in adults: treatment and management. NG222. 2022.
[Acessar fonte](#)
3. NICE. Delirium: prevention, diagnosis and management. CG103. Updated 2023.
[Acessar fonte](#)
4. NICE. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NG225. 2022.
[Acessar fonte](#)
5. NICE. Psychosis and schizophrenia in adults. CG178.
[Acessar fonte](#)
6. NICE. Bipolar disorder: assessment and management. CG185.
[Acessar fonte](#)
7. US Preventive Services Task Force. Depression and Suicide Risk in Adults: Screening. JAMA. 2023.
[Acessar fonte](#)
8. Simms LJ, et al. Psychological Medicine. 2012;42(1):15–28.
[Acessar fonte](#)
9. Ziebold C, et al. Psychological Medicine. 2019;49(5):764–771.
[Acessar fonte](#)
10. Brasil. Ministério da Saúde; GDF. Atendimento pré-hospitalar em saúde mental. 2021.
[Acessar fonte](#)
11. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.336/2023.
[Acessar fonte](#)
12. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.380/2024.
[Acessar fonte](#)