

Diagnóstico diferencial de primeiro episódio psicótico: importância da abordagem otimizada nas emergências psiquiátricas

Differential diagnosis of first episode psychosis: importance of optimal approach in psychiatric emergencies

Cristina Marta Del-Ben¹, Armanda Carla Teixeira Brandão Fragata Rufino², João Mazzoncini de Azevedo-Marques¹, Paulo Rossi Menezes³

¹ Divisão de Psiquiatria, Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

² Núcleo de Psiquiatria, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil

³ Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Revisar dados da literatura relativos ao diagnóstico de primeiro episódio psicótico no contexto das emergências psiquiátricas. **Método:** Revisão de artigos empíricos e de revisão selecionados por meio de busca eletrônica no indexador PubMed. **Resultados:** Características específicas de atendimento de emergência – avaliação única e breve, em corte transversal e com poucas informações disponíveis – podem dificultar o processo diagnóstico. Essas limitações podem ser contornadas por meio da aplicação adequada de critérios diagnósticos operacionais, do uso de escalas e entrevistas diagnósticas padronizadas e de um tempo mínimo de observação de 24 a 72 horas. Diagnósticos de transtorno bipolar, esquizofrenia, depressão psicótica e transtorno delirante elaborados em contexto de emergência apresentam boa estabilidade temporal, não ocorrendo o mesmo com diagnósticos de transtorno psicótico breve, transtorno esquizofreniforme e transtorno esquizoafetivo. Primeiro episódio psicótico pode ocorrer na vigência do uso de substâncias psicoativas, sendo relativamente frequente a manutenção do quadro psicótico mesmo após cessação do uso. A utilização racional de exames complementares pode ajudar no diagnóstico diferencial com episódios psicóticos devido a condições médicas gerais. **Conclusão:** Diagnósticos de primeiro episódio psicótico podem ser adequadamente realizados durante emergências psiquiátricas, desde que sejam implementadas rotinas baseadas em evidências científicas.

Descritores: Serviços de emergência psiquiátrica; Diagnóstico diferencial; Reprodutibilidade dos testes; Entrevista; Medicina baseada em evidências

Abstract

Objective: To review the literature regarding the diagnosis of first episode psychosis in the context of emergency psychiatry. **Method:** Review of empirical and review articles selected by electronic search in the database PubMed. **Results:** Specific features of emergency care – single, brief and cross section assessment, and with little information – may jeopardize the diagnostic process. These limitations can be circumvented by application of operational diagnostic criteria, the use of scales and structured interviews and a short period of observation, between 24-72 hours. Diagnoses of bipolar disorder, schizophrenia, psychotic depression and delusional disorder developed in the context of emergency have good stability, but not the diagnoses of brief psychotic disorder, schizophreniform disorder and schizoaffective disorder. First episode psychosis can occur in the course of the use of psychoactive substances, with relatively frequent maintenance of psychotic symptoms even after cessation of the use of the substance. The rational use of subsidiary tests may help the differential diagnosis of psychotic episodes due to general medical conditions. **Conclusion:** Diagnoses of first psychotic episode can be adequately performed during psychiatric emergencies, if routines are implemented based on scientific evidence.

Descriptors: Emergency services, psychiatric; Diagnosis, differential; Reproducibility of results; Interview; Evidence-based medicine

Introdução

O diagnóstico levantado durante o primeiro episódio de transtorno mental tem importantes implicações terapêuticas e prognósticas. A partir desta primeira impressão diagnóstica, são tomadas decisões sobre

o tratamento a ser realizado e o tipo de serviço para o qual o paciente deve ser encaminhado, bem como são estabelecidos alguns parâmetros para definir a evolução esperada para cada caso.

Correspondência

Cristina Marta Del-Ben
Divisão de Psiquiatria
Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Av. Bandeirantes, 3900
14049-900 Ribeirão Preto, SP, Brasil
Tel.: (+55 16) 3602-2607 Fax: (+55 16) 3602-2544
E-mail: delben@fmrp.usp.br

O reconhecimento e a intervenção precoces fornecem oportunidade única de instituição de medidas preventivas de eventuais perdas e complicações inerentes a doenças crônicas. Essas medidas incluem a definição da conduta medicamentosa mais apropriada e a instituição de intervenções psicossociais, que podem contribuir de maneira significativa para a redução da morbidade posterior, promovendo, assim, melhores chances de recuperação¹.

Em vários países, serviços de emergência psiquiátrica frequentemente são o primeiro contato com o sistema de saúde ou a principal fonte de encaminhamento para tratamento de pacientes em primeiro episódio psicótico². No Brasil, em estudo realizado na cidade de São Paulo, verificou-se que serviços de emergência foram o primeiro contato com o sistema de saúde em cerca de 70% dos pacientes em primeiro episódio psicótico³, sendo que em 50% dos casos este contato feito em até quatro semanas do início dos sintomas psicóticos⁴.

Algumas características inerentes aos atendimentos de emergência psiquiátrica podem interferir na precisão do diagnóstico. Geralmente, o diagnóstico psiquiátrico em contexto de emergência é elaborado a partir de uma avaliação única, em um corte transversal e sem informações adicionais de acompanhantes. Além disso, não há a possibilidade de seguimento do paciente, perdendo-se, com isso, a observação da evolução do quadro clínico. A alta demanda, acrescida da alta rotatividade normalmente observada em serviços de emergência, limita o tempo disponível para a realização da consulta⁵, bem como o período de observação que permitiria uma avaliação mais adequada dos sintomas⁶.

Com a ampliação do papel dos serviços de emergência na rede de saúde mental, o diagnóstico levantado nessas circunstâncias passou a ter outras implicações terapêuticas e prognósticas, já que as decisões sobre o tipo de tratamento e de serviço para o qual o paciente será encaminhado basear-se-ão nessa primeira impressão diagnóstica. Além disso, sabe-se que o diagnóstico elaborado no momento de admissão do paciente no sistema de saúde mental tende a ser mantido no decorrer do seu tratamento⁷.

A aplicação sistemática de critérios diagnósticos operacionais e uso de instrumentos de avaliação padronizados têm se mostrado úteis para o aprimoramento do diagnóstico de primeiro episódio psicótico elaborado em contexto de emergência psiquiátrica. Neste artigo, é feita uma revisão de conceitos e dados da literatura que podem contribuir para um incremento do diagnóstico psiquiátrico elaborado em contexto de emergências.

Definição de primeiro episódio psicótico

Historicamente, o termo psicótico tem recebido diversas definições. Em classificações diagnósticas mais antigas, a definição de psicótico era demasiado abrangente, focalizando a gravidade do prejuízo funcional, de modo que um transtorno mental era chamado de psicótico se resultasse em prejuízo com interferência ampla na capacidade do indivíduo de atender às exigências da vida cotidiana. Entre as classificações diagnósticas atuais⁸ a definição do termo psicótico se restringe, basicamente, à presença proeminente de delírios e/ou alucinações e/ou discurso desorganizado e/ou

comportamento desorganizado (incluindo catatônico), com ausência de *insight* do paciente para a natureza desses sintomas, caracterizando um amplo comprometimento do juízo crítico da realidade.

O estabelecimento de critérios para a definição de um primeiro episódio psicótico é ainda mais complexo. Existem controvérsias na literatura quanto aos limites de tempo de duração dos sintomas e à inclusão de sintomas prodrômicos, juntamente com os sintomas de fase aguda, para a definição de primeiro episódio psicótico⁹⁻¹². A fase prodrômica é caracterizada por alterações observadas ou relatadas no estado mental ou no comportamento que antecedem o início dos sintomas psicóticos francos descritos acima, como alterações inespecíficas de humor, pensamento, comportamento, percepção e funcionamento global. Para que tais sintomas prodrômicos possam ser considerados parte de um episódio psicótico, não deve ocorrer sua remissão completa, com retorno ao funcionamento pré-mórbido antes do aparecimento dos sintomas psicóticos¹³.

Nem todos os pacientes que apresentam sintomas que caracterizariam a chamada fase prodrômica desenvolverão um transtorno psicótico claro e a validade preditiva destes sintomas é bastante variável entre estudos. Sintomas de fase prodrômica em si, independentemente do risco aumentado para o desenvolvimento de psicose, podem preencher os critérios para a definição de transtorno mental (definido como síndrome ou padrão comportamental ou psicológico associado a sofrimento clinicamente significativo e prejuízo do funcionamento global), o que inclusive poderia justificar a necessidade e o direito de intervenção (não necessariamente farmacológica)¹⁴. No entanto, ainda há muita controvérsia a respeito da identificação e manejo de sintomas de fase prodrômica, uma vez que estudos sobre a efetividade e eficácia de intervenções nesta fase são escassos.

A população incluída em diferentes estudos de primeiro episódio psicótico pode ser bastante heterogênea. Alguns estudos, por exemplo, baseiam-se na primeira admissão hospitalar ou no primeiro contato com serviço de saúde para a definição de psicose de início recente^{3,15}. Ainda assim, esses estudos têm sido de extrema relevância para uma melhor compreensão da incidência, caracterização clínica e prognóstico dos transtornos mentais, visto que o diagnóstico elaborado nos estágios iniciais do transtorno psiquiátrico tem a vantagem de estar minimamente afetado pelos efeitos das medicações psicotrópicas e das institucionalizações.

Precisão do diagnóstico de primeiro episódio psicótico

Tendo-se em vista que, até o momento, não existem marcadores biológicos capazes de definir a presença ou ausência da grande maioria dos transtornos mentais, o diagnóstico em psiquiatria baseia-se fundamentalmente no julgamento clínico de informações obtidas por meio da anamnese psiquiátrica e do exame do estado mental. Essa peculiaridade da área torna ainda mais relevante o uso de critérios diagnósticos precisos, acessados por meio de

instrumentos diagnósticos (escalas, entrevistas, inventários, entre outros) desenvolvidos especificamente para esse fim. A precisão diagnóstica tem por base critérios de confiabilidade e validade.

1. Confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico

A confiabilidade refere-se à concordância entre múltiplas medidas de um mesmo fenômeno. Dois métodos são mais frequentemente aplicados para a avaliação da confiabilidade do diagnóstico, a saber: a confiabilidade teste-reteste, na qual a presença ou ausência de determinada condição é avaliada por um mesmo instrumento diagnóstico em dois momentos diferentes, e a confiabilidade interavaliador, na qual as mesmas condições são avaliadas por meio do mesmo instrumento por dois ou mais avaliadores. Em geral, medidas estatísticas como Coeficiente Kappa e Coeficiente de Correlação Intraclassa (CCI) têm sido consideradas as mais adequadas para avaliação da confiabilidade, pois levam em consideração a proporção de concordância, excluindo aquela decorrente do acaso¹⁶. A Figura 1 ilustra métodos de avaliação de confiabilidade.

A partir da década de 70, vários esforços foram feitos no sentido de aprimorar a confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico. Entre esses esforços estão a criação de sistemas diagnósticos operacionais, como o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), atualmente na sua quarta edição⁸, e a elaboração de entrevistas padronizadas para a utilização desses sistemas de classificação, como a Entrevista Clínica Estruturada para o

DSM-IV (SCID)¹⁷. O aprimoramento de sistemas de classificação nosológica e o desenvolvimento de entrevistas e instrumentos de avaliação contribuíram sobremaneira para o aumento da confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico. O incremento das qualidades psicométricas do diagnóstico, motivado inicialmente pela necessidade de constituição de grupos homogêneos para pesquisa, propiciou uma melhora significativa da qualidade da assistência psiquiátrica.

Em geral, os índices de confiabilidade do diagnóstico psiquiátrico elaborado em situação de emergência são menores do que aqueles obtidos em outros *settings* clínicos¹⁸. Alguns resultados apontam para bons índices de confiabilidade de categorias diagnósticas propostas pela terceira edição revisada do DSM (DSM-III-R), tendo por base o diagnóstico de admissão em serviço de emergência e o diagnóstico da alta hospitalar elaborado após avaliações sucessivas, incluindo a participação de profissionais experientes no processo diagnóstico e longo período de observação¹⁹. Outras evidências, no entanto, apontam para uma baixa confiabilidade do diagnóstico elaborado em contexto de emergência, decorrente de uma grande variabilidade de conceitos e de informações utilizados no processo diagnóstico²⁰. Além da variabilidade de conceitos e informações, aspectos não diretamente relacionados ao processo diagnóstico em si também parecem afetar a confiabilidade do diagnóstico de primeiro episódio psicótico elaborado em contexto de emergência. Por exemplo, diagnósticos atribuídos a pacientes não-brancos tiveram menor concordância quando comparados aos

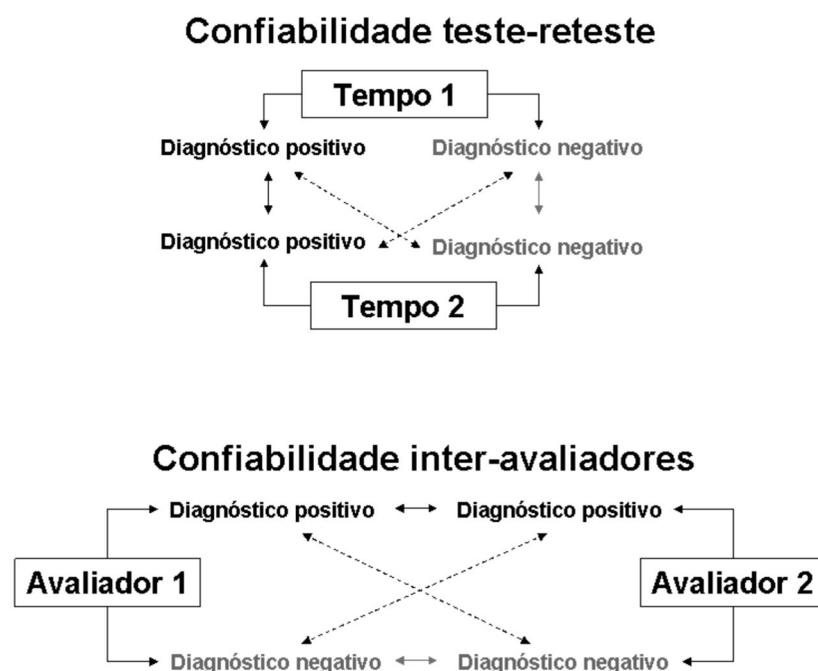


Figura 1 – Métodos de avaliação da confiabilidade (teste-reteste e interavaliadores) do diagnóstico psiquiátrico

atribuídos a pacientes brancos, sendo que as razões de discordância apontadas foram 58% por variabilidade de informações e 42% por variabilidade nos critérios diagnósticos utilizados²¹.

A utilização sistemática de taxonomias diagnósticas e o uso de guias, escalas e entrevistas estruturadas durante avaliação dos pacientes têm sido propostos como possíveis soluções para o aprimoramento do diagnóstico elaborado em contexto de emergência²⁰. Neste sentido, em nosso meio, observamos que a utilização de critérios diagnósticos operacionais e o treinamento em entrevista diagnóstica padronizada (SCID) aumentaram a confiabilidade do diagnóstico elaborado em avaliação psiquiátrica de emergência²².

2. Validade do diagnóstico psiquiátrico

A validade de um instrumento de medida pode ser definida como sua capacidade de medir aquilo que se propõe a medir e, com relação à validade preditiva, pode ser avaliada estatisticamente através de medidas como sensibilidade (proporção de casos positivos identificados corretamente), especificidade (proporção de casos negativos identificados corretamente), valor preditivo positivo (probabilidade de que casos detectados como positivos sejam realmente positivos) e valor preditivo negativo (probabilidade de que casos detectados como negativos sejam realmente negativos). O diagnóstico considerado como verdadeiro é chamado de “padrão ouro”. A Figura 2 ilustra a avaliação de validade preditiva.

A estabilidade do diagnóstico tem sido proposta como um critério para a validade do diagnóstico, visto que quanto mais estável um diagnóstico, mais ele estará refletindo consistentemente um processo psicopatológico ou fisiopatológico de base^{10,23}.

Estabilidade é a medida da proporção dos diagnósticos que permanecem os mesmos ao longo do tempo, em avaliações

subsequentes de um mesmo paciente. Para um diagnóstico ser estável, ele necessita ser inicialmente confiável. Entretanto, a estabilidade não é meramente uma função da confiabilidade do diagnóstico, mas também dependente de vários outros fatores. O primeiro diz respeito a características inerentes ao próprio transtorno mental, que pode ter variações sintomatológicas durante o seu curso. Além disso, novas informações podem surgir no decorrer do seguimento longitudinal, levando a uma reformulação do diagnóstico inicial^{10,11}. Por outro lado, artefatos metodológicos no processo diagnóstico, como variabilidade nas fontes de informação utilizadas, mau uso ou ausência de uso de sistemas de classificação diagnóstica confiáveis e de instrumentos diagnósticos padronizados, e pouca experiência de avaliadores, podem levar a erros do diagnóstico inicial²³.

Os sistemas atuais de classificação diagnóstica em psiquiatria, representados pelo DSM, publicado pela Associação Americana de Psiquiatria⁸ e pela Seção 5 da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), publicada pela Organização Mundial de Saúde²⁴ contribuíram significativamente para aumentar a estabilidade do diagnóstico psiquiátrico elaborado durante um primeiro episódio psicótico ou em primeira internação psiquiátrica. De maneira geral, o diagnóstico de esquizofrenia e transtornos de humor, particularmente transtorno bipolar, elaborados por ambos os sistemas de classificação para pacientes em primeiro episódio apresentaram bons valores preditivos positivos^{10,11,25-28}. Por outro lado, diagnósticos de transtorno psicótico breve, transtorno esquizofreniforme (proposto apenas pelo DSM) e transtorno esquizoafetivo parecem ter baixo valor preditivo^{11,26,28}.

Em um estudo recentemente publicado²⁹, foi avaliada a estabilidade, em um período de dois anos, do diagnóstico elaborado por meio da aplicação, por profissionais experientes, da

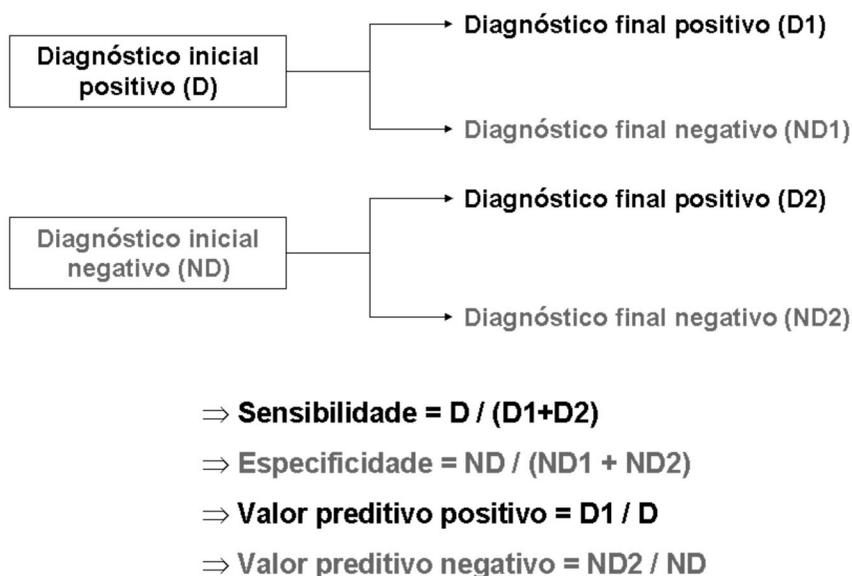


Figura 2 – Métodos de avaliação da validade preditiva do diagnóstico psiquiátrico

SCID¹⁷ em uma amostra de 500 pacientes em primeiro episódio psicótico. Transtorno bipolar foi o diagnóstico mais robusto, sendo mantido em 96,5% dos casos, seguido pelo diagnóstico de esquizofrenia (75,0%), transtorno delirante (72,7%), depressão maior com sintomas psicóticos (70,1%) e transtorno psicótico breve (61,1%). O diagnóstico de transtorno esquizofreniforme apresentou baixo valor preditivo positivo, sendo mantido em apenas 10,5% dos pacientes.

O transtorno esquizofreniforme é uma categoria diagnóstica proposta apenas pelo DSM-IV, caracterizada pela presença de delírios, alucinações, sintomas negativos, acentuada desorganização do pensamento e comportamento desorganizado ou catatônico, à semelhança dos critérios diagnósticos propostos para esquizofrenia, exceto pela duração, que deve ser maior do que um mês, mas inferior a seis meses⁸. Resultados anteriores já questionavam a utilidade clínica do diagnóstico de transtorno esquizofreniforme, em vista da alta migração para o diagnóstico de esquizofrenia³⁰. Apenas um quarto dos pacientes assim diagnosticados na avaliação inicial manteve o mesmo diagnóstico após seis meses de evolução³¹ e cerca de um terço teve o diagnóstico modificado para transtornos de humor, após seis anos de acompanhamento³². Outros estudos indicam que a chance de recaídas ao longo do tempo para pacientes com diagnóstico de transtorno esquizofreniforme é grande, levando à reclassificação dos pacientes como pertencendo ao grupo diagnóstico da esquizofrenia^{33,34}.

O transtorno psicótico breve é definido pela presença dos sintomas descritos anteriormente para o diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno esquizofreniforme, mas com duração menor, de, no máximo, um mês, esperando-se uma recuperação completa e retorno ao funcionamento basal pré-mórbido⁸. A validade desta categoria diagnóstica também apresenta algumas limitações. Após um ano de seguimento, o diagnóstico inicial foi modificado em metade dos casos, mais frequentemente para transtornos de humor (28%) e esquizofrenia (15%)³⁵. O diagnóstico de transtorno polimórfico agudo, categoria diagnóstica proposta pela CID-10, também caracterizada por sintomas psicóticos de início abrupto, com duração entre dois e 30 dias, apresentou índices um pouco melhores de estabilidade, com cerca de 75% dos pacientes mantendo o mesmo diagnóstico após seguimento de três anos. A migração de categoria diagnóstica foi, na grande maioria dos casos, para transtornos de humor³⁶.

Em nosso serviço, verificamos que, de 31 pacientes classificados na alta do serviço de emergência com um transtorno psicótico breve, somente 22,6% mantiveram este mesmo diagnóstico após o seguimento longitudinal de, em média, 19,5 meses. Uma parcela significativa de pacientes (41,9%) evoluiu para esquizofrenia ou transtorno esquizofreniforme ao longo do seguimento, o que, pelos critérios do DSM-IV, poderia até ser considerado como concordância diagnóstica, uma vez que o diagnóstico diferencial destas três categorias diagnósticas é dependente do tempo de evolução dos sintomas. Porém, 35,5% tiveram o diagnóstico modificado para transtornos de humor. Neste contexto, o

diagnóstico de transtorno psicótico breve apresentou boa sensibilidade (87,5%), mas baixa especificidade (52,9%)³⁷.

Os diagnósticos de transtornos esquizofreniforme e de transtorno psicótico breve elaborados em pacientes em primeira manifestação de sintomas psicóticos são, por definição, diagnósticos provisórios, uma vez que existe um limite de tempo para a remissão dos sintomas e consequente confirmação do diagnóstico. Portanto, a migração para outras categorias diagnósticas, a partir da evolução do quadro clínico, é esperada em uma parcela dos pacientes em primeiro episódio psicótico. O mesmo raciocínio pode ser aplicado para o diagnóstico de depressão maior em pacientes em primeiro episódio de transtorno mental, já que este episódio índice pode ser a primeira manifestação de transtorno bipolar, que apenas será confirmado com o posterior aparecimento de um episódio maníaco.

O transtorno esquizoafetivo caracteriza-se por um misto de sintomas que preenchem os critérios para o diagnóstico de esquizofrenia e para o diagnóstico de um episódio de humor, que ocorrem simultaneamente, seguidos ou precedidos por um período caracterizado apenas por sintomas característicos de esquizofrenia⁸. A validade do diagnóstico de transtorno esquizoafetivo talvez seja uma das maiores controvérsias da psiquiatria, provavelmente devido às dificuldades em separar essa categoria diagnóstica da esquizofrenia, de um lado, e dos transtornos de humor, de outro. As controvérsias se devem, fundamentalmente, ao que, de fato, seria o transtorno esquizoafetivo: 1) um subtipo de esquizofrenia; 2) um subtipo dos transtornos de humor; 3) um transtorno completamente separado; ou 4) um meio termo entre esquizofrenia e transtorno de humor³⁸.

De maneira geral, os estudos apontam para uma baixa estabilidade do diagnóstico de transtorno esquizoafetivo elaborado em pacientes em primeiro episódio psicótico. Por exemplo, apenas 36% dos pacientes diagnosticados inicialmente como portadores de transtorno esquizoafetivo mantiveram o mesmo diagnóstico após dois anos de seguimento, sendo o diagnóstico modificado para esquizofrenia em 42% dos casos^{11,39}. Em estudo realizado no Brasil, 60,6% dos pacientes com diagnóstico de transtorno esquizoafetivo, subtipo maníaco, tiveram seus diagnósticos modificados por seus médicos assistentes para transtorno bipolar em algum momento do seguimento³⁹. Outros dados, no entanto, sugerem uma boa estabilidade do diagnóstico de transtorno esquizoafetivo elaborado para pacientes em primeiro episódio psicótico^{40,41}. Esses últimos resultados provavelmente se devem ao fato de que esses diagnósticos foram feitos em contextos de pesquisa, em grandes coortes de primeiro episódio psicótico, com a utilização de escalas e entrevistas diagnósticas administradas por profissionais experientes.

Em uma extensa revisão sobre a validade do construto transtorno esquizoafetivo, Malhi et al. concluem que a existência deste transtorno como uma categoria diagnóstica distinta seria pouco provável, tendo-se em vista a ausência de evidências que suportem essa distinção⁴². Numa tentativa de aprimoramento das classificações diagnósticas atuais, propõem dois modelos possíveis de abordagem do transtorno esquizoafetivo: 1) como um ponto

intermediário de um *continuum* entre esquizofrenia e transtornos de humor, ou 2) como um conjunto de sintomas comórbidos que ocorre como um subproduto dos dois transtornos. Tendo-se em vista esses dados da literatura, na prática clínica e em especial para pacientes em primeiro episódio psicótico, o diagnóstico de transtorno esquizoafetivo deveria ser considerado como um diagnóstico de exclusão, uma vez que a sua confirmação depende de observação longitudinal cuidadosa.

Transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas estão entre os principais diagnósticos que justificam o atendimento em emergência psiquiátrica⁴³ e primeiro episódio psicótico induzido por substâncias psicoativas não são infrequentes. De acordo com as classificações diagnósticas atuais⁸, nestes casos os sintomas psicóticos remitteriam em curto período de tempo (até um mês), após a suspensão do uso da substância psicoativa. No entanto, uma parcela significativa de pacientes em primeiro episódio que receberam o diagnóstico de transtorno psicótico induzido por substâncias psicoativas, particularmente *cannabis*, apresentarão, durante o seguimento longitudinal, sinais e sintomas que preencherão os critérios diagnósticos de transtornos do espectro da esquizofrenia⁴⁴. Em um levantamento dos registros de assistência psiquiátrica na Dinamarca⁴⁵, verificou-se que a maioria dos pacientes admitidos no sistema de saúde com diagnóstico de transtorno psicótico induzido por *cannabis* apresentou novos episódios psicóticos durante um período mínimo de seguimento de três anos. Além disso, quase a metade dos pacientes recebeu, durante seu seguimento, o diagnóstico de transtornos do espectro da esquizofrenia e esse diagnóstico foi elaborado mais de um ano após o contato inicial, o que sugere que os sintomas psicóticos induzidos por substância foram o primeiro passo para o desenvolvimento de transtornos do espectro da esquizofrenia.

Conforme comentado anteriormente, em função da limitação de tempo para a avaliação e pouca disponibilidade de fontes de informações, o diagnóstico psiquiátrico elaborado em contexto de emergência apresenta concordância apenas moderada com o diagnóstico formulado em outros *settings* clínicos¹⁸, nos quais um longo período de observação e avaliações sucessivas permitem o estabelecimento de um processo diagnóstico mais consistente. Nós verificamos³⁷ que, de fato, o diagnóstico de admissão na emergência de pacientes em primeiro episódio psicótico realizado dentro das rotinas clínicas do serviço apresentava uma baixa concordância com o diagnóstico elaborado de acordo com as condições consideradas como padrão-ouro: diagnóstico realizado por psiquiatras experientes, com observação longitudinal, uso de todas as fontes de informações disponíveis, aplicação de critérios diagnósticos operacionais e por meio de instrumentos diagnósticos padronizados⁴⁶. No entanto, a observação de apenas dois dias no serviço de emergência, com avaliações sucessivas e por diferentes profissionais, melhorou consideravelmente a estabilidade diagnóstica³⁷, reforçando a importância de um período mínimo de observação para a conclusão do processo diagnóstico.

Diagnóstico de primeiro episódio psicótico em contexto de emergência

A transposição de conceitos científicos para a prática assistencial geralmente é uma tarefa complexa que demanda renovações e esforços contínuos. O desafio se torna ainda maior quando se trata de *setting* clínico caracterizado por alta demanda e rotatividade, cuja clientela se compõe majoritariamente de pacientes com risco de auto e heteroagressividade, como se observa em situações de emergência. Uma possibilidade de sistematização da elaboração do diagnóstico psiquiátrico na prática clínica de emergência, baseada em evidências científicas, será discutida a seguir. O Anexo 1 (disponível on-line em www.scielo.br/rbp) apresenta uma sugestão de roteiro para a avaliação de pacientes em primeiro episódio psicótico, elaborado a partir de dados da literatura relativos à confiabilidade e validade do diagnóstico elaborado em contexto de emergência psiquiátrica.

Um aspecto fundamental a ser considerado no diagnóstico diferencial de um primeiro episódio psicótico é o fato de que sinais e sintomas psiquiátricos podem ser manifestações de outras condições que não necessariamente um transtorno mental primário, como condições clínicas e neurológicas. Embora estas condições sejam relativamente raras, deixar de diagnosticá-las tem sérias implicações para o adequado manejo do caso. Portanto, o psiquiatra de emergência deve estar atento para essa possibilidade e buscar ativamente informações relevantes para o diagnóstico diferencial. Como são muitas e variadas as condições médicas gerais que podem ter como primeira manifestação sintomas psiquiátricos, o ideal é que o psiquiatra estabeleça uma hierarquia para o seu raciocínio clínico, de maneira a garantir que informações relevantes para o diagnóstico diferencial sejam sistematicamente obtidas.

O primeiro passo para uma adequada avaliação e diagnóstico diferencial de primeiro episódio psicótico, obviamente, é uma avaliação psiquiátrica minuciosa, com dados sobre a moléstia atual e ênfase em uma caracterização detalhada dos sinais e sintomas, início do quadro, gravidade e evolução. Também devem ser colhidas informações sobre antecedentes pessoais, com ênfase no funcionamento pré-mórbido e ocorrência de eventos de vida e estressores que possam estar relacionados com o início dos sintomas.

O processo de levantamento de hipóteses diagnósticas deve ser baseado em critérios diagnósticos operacionais, com parâmetros de validade e confiabilidade demonstrados. Essa habilidade do psiquiatra depende de treinamento específico, uma vez que as classificações diagnósticas atualmente disponíveis não são meros checklists, dependendo fundamentalmente do julgamento clínico do examinador para a avaliação. Idealmente, a presença e a gravidade dos sintomas devem ser registradas por meio de instrumentos padronizados.

Essa avaliação inicial deve ser encarada como um diagnóstico síndromico, sendo a sua confirmação dependente da exclusão de condições médicas gerais, incluindo-se quadros neurológicos, e uso de substâncias psicoativas, incluindo-se o uso de drogas lícitas, ilícitas e de medicamentos. Para a exclusão de condição médica geral, deve ser colhida uma história clínica detalhada,

que inclua busca ativa de informações sobre queixas clínicas e neurológicas e o interrogatório dos diversos aparelhos, além da realização de exame físico completo e exame neurológico sumário. O psiquiatra de emergência, diante de um primeiro episódio psicótico, deve sempre investigar a possibilidade de uma condição médica geral, mas existem alguns indícios que reforçam a necessidade de aprofundamento nesta investigação. Entre eles, podem ser citados: 1) o relato por parte do paciente ou de familiares da ocorrência de sinais e sintomas físicos imediatamente antes ou concomitantemente às manifestações psiquiátricas; 2) manifestações psiquiátricas atípicas; 3) idade de início mais tardia; e 4) má resposta ao tratamento inicial.

A comorbidade de abuso ou dependência de substâncias psicoativas com outros transtornos mentais é frequente e, muitas vezes, num corte transversal como a avaliação de emergência, o estabelecimento de uma relação temporal entre início do uso da substância e início das manifestações psiquiátricas fica comprometida. Independentemente da história de uso de substâncias psicoativas e com a anuência do paciente e de seu familiar, pode ser útil solicitar exames de triagem para a averiguação de uso de substâncias psicoativas, particularmente maconha e cocaína. Essa rotina é sugerida porque, em algumas situações, a desorganização de pensamento do paciente em episódio psicótico agudo pode influenciar na qualidade das informações por ele fornecidas. Além disso, o paciente e seus familiares podem ter dificuldades em admitir abertamente o uso de substâncias ilícitas, nos primeiros contatos com o examinador.

Além da anamnese clínica e do interrogatório dos diversos aparelhos, alguns exames laboratoriais de triagem, também com a anuência do paciente ou de seu familiar, podem auxiliar neste processo de exclusão de condição médica geral. Entre esses exames estão incluídos: hemograma completo, glicemia de jejum, eletrólitos, avaliação de funções renal, hepática e tireoidiana, *screening* para doenças imunológicas (FAN), sorologia para HIV e sífilis, e tomografia computadorizada de crânio. O Anexo 1 (disponível on-line em www.scielo.br/rbp) apresenta uma lista de sugestão de exames de triagem que podem ser solicitados em uma abordagem inicial. Caso sejam detectadas alterações nesses exames de triagem, a avaliação é aprofundada, de acordo com hipóteses formuladas e em conjunto com a respectiva especialidade médica.

Embora a realização de exames de imagem (tomografia computadorizada de crânio e ressonância magnética de crânio) seja recomendada em algumas diretrizes e consensos de especialistas, a sua utilidade prática é questionável, pois a grande maioria dos exames realizados em pacientes em primeiro episódio psicótico são normais ou apresentam anomalias acidentais, sem significado clínico⁴⁷. Na verdade, os dados da literatura disponíveis até o momento não são capazes de responder à questão da real necessidade clínica e do custo-benefício da realização de exames de neuroimagem em primeiro episódio psicótico, sendo necessários novos ensaios clínicos controlados e com amostra representativa para responder a essa questão⁴⁸. No caso de solicitação de exames de imagem, a primeira opção seriam exames de ressonância

magnética, sendo a tomografia computadorizada de crânio indicada apenas quando o exame de ressonância magnética não estivesse disponível ou na vigência de suspeita de traumatismo crânio-encefálico. Exames de neuroimagem seriam particularmente recomendados na presença de sinais e sintomas neurológicos, apresentação atípica de psicose, sintomas sugestivos de *delirium* e em pacientes com mais de 50 anos⁴⁷.

A partir das hipóteses diagnósticas iniciais, a terapêutica mais apropriada para tratamento a curto e médio prazos deve ser instituída e o paciente deve ser mantido de 24 a 72 horas em observação. Este período mínimo de observação tem a finalidade de permitir avaliações sucessivas para a confirmação das hipóteses diagnósticas iniciais, além da averiguação da resposta à terapêutica inicial e da ocorrência de eventuais efeitos colaterais. Em seguida, o paciente deve ser encaminhado para seguimento apropriado. A tomada de decisão quanto ao tipo de encaminhamento a ser efetuado deve levar em conta a gravidade dos sintomas, risco de auto e heteroagressividade, resposta clínica à terapêutica inicial, presença de comorbidades, disponibilidade de suporte social e características dos serviços disponíveis na rede de serviços de saúde mental. Paciente e familiares devem ser clara e objetivamente informados sobre a proposta terapêutica e de seguimento. Todas as informações colhidas, bem como resultado de exames, evolução do quadro e condutas instituídas devem ser minuciosamente registradas em prontuário médico.

Conclusão

Tomados em conjunto, os dados aqui discutidos mostram que algumas medidas relativamente simples, como treinamento e educação continuada de psiquiatras de emergência, aplicação sistemática de critérios e diretrizes diagnósticas e de instrumentos diagnósticos padronizados, uso racional de exames complementares e um período mínimo de observação podem ser úteis para compensar as limitações inerentes aos serviços de emergências psiquiátricas e contribuir para melhorar, sobremaneira, a qualidade do diagnóstico de primeiro episódio psicótico elaborado no contexto de emergência.

Agradecimentos

À equipe médica do setor de Psiquiatria da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Drs. Alcion Sponholz Junior, Célia Mantovani, Cybelli Morelo Labtate, Maria Eugenia Brito dos Santos e Vinicius Guandalini Guapo, pela participação na elaboração de protocolo para a avaliação de pacientes em primeiro episódio psicótico.

Financiamento e conflito de interesses

Membro do grupo de autores	Local de trabalho	Verba de pesquisa ¹	Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada ²	Honorários de palestrantes	Participação acionária	Consultor/ conselho consultivo	Outro ³
Cristina Marta Del-Ben	FMRP-USP	FAPESP CAPES CNPq	-	-	-	-	-
Armanda Carla Teixeira Brandão Fragata Rufino	UFSC	-	-	-	-	-	-
João Mazzoncini de Azevedo-Marques	FMRP-USP	-	-	-	-	-	-
Paulo Rossi Menezes	FMUSP	-	-	-	-	-	-

* Modesto

** Significativa

*** Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.

Nota: FMRP-USP = Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; UFSC = Universidade Federal de Santa Catarina; FMUSP = Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; FAPESP = Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo; CAPES = Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior; Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Mais informações consultar as Instruções aos Autores.

Referências

- McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*. 2008;7(3):148-56.
- Anderson KK, Fuhner R, Malla AK. The pathways to mental health care of first-episode psychosis patients: a systematic review. *Psychol Med*. 2010;18:1-13.
- Menezes PR, Scazufca M, Busatto G, Coutinho LM, McGuire PK, Murray RM. Incidence of first-contact psychosis in Sao Paulo, Brazil. *Br J Psychiatry Suppl*. 2007;51:s102-6.
- Oliveira AM, Menezes PR, Busatto GF, McGuire PK, Murray RM, Scazufca M. Family context and duration of untreated psychosis (DUP): results from the Sao Paulo Study. *Schizophr Res*. 2010;119(1-3):124-30.
- Segal SP, Egley L, Watson MA, Miller L, Goldfinger SM. Factors in the quality of patient evaluations in general hospital psychiatric emergency services. *Psychiatr Serv*. 1995;46(11):1144-8.
- Oldham JM, Lin A, Breslin L. Comprehensive psychiatric emergency services. *Psychiatr Q*. 1990;61(1):57-67.
- Blansjaar BA, Bruna T. DSM III in outreach emergency psychiatry. *Int J Soc Psychiatry*. 1990;36(4):308-14.
- APA - American Psychiatric Association. *Diagnostic criteria from DSM-IV-TR*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2000.
- Beiser M, Erickson D, Fleming JA, Iacono WG. Establishing the onset of psychotic illness. *Am J Psychiatry*. 1993;150(9):1349-54.
- Fennig S, Kovasznay B, Rich C, Ram R, Pato C, Miller A, Rubinstein J, Carlson G, Schwartz JE, Phelan J. Six-month stability of psychiatric diagnoses in first-admission patients with psychosis. *Am J Psychiatry*. 1994;151(8):1200-8.
- Schwartz JE, Fennig S, Tanenberg-Karant M, Carlson G, Craig T, Galambos N, Lavelle J, Bromet EJ. Congruence of diagnoses 2 years after a first-admission diagnosis of psychosis. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(6):593-600.
- Jackson HJ, McGorry PD, McKenzie D. The reliability of DSM-III prodromal symptoms in first-episode psychotic patients. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;90(5):375-8.
- Singh SP, Cooper JE, Fisher HL, Tarrant CJ, Lloyd T, Banjo J, Corfe S, Jones P. Determining the chronology and components of psychosis onset: The Nottingham Onset Schedule (NOS). *Schizophr Res*. 2005;80(1):117-30.
- Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Klosterkotter J. Probably at-risk, but certainly ill--advocating the introduction of a psychosis spectrum disorder in DSM-V. *Schizophr Res*. 2010;120(1-3):23-37.
- Flaum MA, Andreasen NC, Arndt S. The Iowa prospective longitudinal study of recent-onset psychoses. *Schizophr Bull*. 1992;18(3):481-90.
- Fleiss JL. The measurement of interrater agreement. In: Fleiss JL, editor. *Statistical methods for rates and proportions*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 1981.
- First MB, RL S, M G, JBW W. *Structured clinical interview for DSM-IV-TR Axis I disorders, clinical version (SCID-CV)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 1997.
- Woo BK, Sevilla CC, Obrocea GV. Factors influencing the stability of psychiatric diagnoses in the emergency setting: review of 934 consecutively inpatient admissions. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28(5):434-6.
- Warner MD, Peabody CA. Reliability of diagnoses made by psychiatric residents in a general emergency department. *Psychiatr Serv*. 1995;46(12):1284-6.
- Way BB, Allen MH, Mumpower JL, Stewart TR, Banks SM. Interrater agreement among psychiatrist in psychiatric emergency assessments. *Am J Psychiatry*. 1998;155(10):1423-8.
- Strakowski SM, Hawkins JM, Keck PE, Jr., McElroy SL, West SA, Bourne ML, Sax KW, Tugrul KC. The effects of race and information variance on disagreement between psychiatric emergency service and research diagnoses in first-episode psychosis. *J Clin Psychiatry*. 1997;58(10):457-63; quiz 64-5.
- Del-Ben CM, Hallak JE, Sponholz A Jr, Marques JM, Labate CM, Contel JO, Zuairi AW. Accuracy of psychiatric diagnosis performed under indirect supervision. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(1):58-62.
- Stanton MW, Joyce PR. Stability of psychiatric diagnoses in New Zealand psychiatric hospitals. *Aust N Z J Psychiatry*. 1993;27(1):2-8.
- OMS. *Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
- Jarbin H, von Knorring AL. Diagnostic stability in adolescent onset psychotic disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003;12(1):15-22.
- Hollis C. Adult outcomes of child- and adolescent-onset schizophrenia: diagnostic stability and predictive validity. *Am J Psychiatry*. 2000;157(10):1652-9.
- Singh SP, Croudace T, Amin S, Kwiecinski R, Medley I, Jones PB, Harrison G. Three-year outcome of first-episode psychoses in an established community psychiatric service. *Br J Psychiatry*. 2000;176:210-6.
- Amin S, Singh SP, Brewin J, Jones PB, Medley I, Harrison G. Diagnostic stability of first-episode psychosis. Comparison of ICD-10 and DSM-III-R systems. *Br J Psychiatry*. 1999;175:537-43.
- Salvatore P, Baldessarini RJ, Tohen M, Khalsa HM, Sanchez-Toledo JP, Zarate CA Jr, Vieta E, Maggini C. McLean-Harvard International First-Episode Project: two-year stability of DSM-IV diagnoses in 500 first-episode psychotic disorder patients. *J Clin Psychiatry*. 2009;70(4):458-66.
- Strakowski SM. Diagnostic validity of schizophreniform disorder. *Am J Psychiatry*. 1994;151(6):815-24.
- Zhang-Wong J, Beiser M, Bean G, Iacono WG. Five-year course of schizophreniform disorder. *Psychiatry Res*. 1995;59(1-2):109-17.
- Benazzi F. DSM-III-R schizophreniform disorder with good prognostic features: a six-year follow-up. *Can J Psychiatry*. 1998;43(2):180-2.

33. Iancu I, Dannon PN, Ziv R, Lepkifker E. A follow-up study of patients with DSM-IV schizophreniform disorder. *Can J Psychiatry*. 2002;47(1):56-60.
34. Zarate CA, Jr., Tohen M, Land ML. First-episode schizophreniform disorder: comparisons with first-episode schizophrenia. *Schizophr Res*. 2000;46(1):31-4.
35. Jorgensen P, Bennedsen B, Christensen J, Hyllested A. Acute and transient psychotic disorder: a 1-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;96(2):150-4.
36. Sajith SG, Chandrasekaran R, Sadanandan Unni KE, Sahai A. Acute polymorphic psychotic disorder: diagnostic stability over 3 years. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;105(2):104-9.
37. Rufino AC, Uchida RR, Vilela JA, Marques JM, Zuardi AW, Del-Ben CM. Stability of the diagnosis of first-episode psychosis made in an emergency setting. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005;27(3):189-93.
38. Crow TJ. The continuum of psychosis and its implication for the structure of the gene. *Br J Psychiatry*. 1986;149:419-29.
39. Nardi AE, Nascimento I, Freire RC, de-Melo-Neto VL, Valenca AM, Dib M, Soares-Filho GL, Veras AB, Mezzasalma MA, Lopes FL, de Menezes GB, Grivet LO, Versiani M. Demographic and clinical features of schizoaffective (schizobipolar) disorder--a 5-year retrospective study. Support for a bipolar spectrum disorder. *J Affect Disord*. 2005;89(1-3):201-6.
40. Haahr U, Friis S, Larsen TK, Melle I, Johannessen JO, Opjordsmoen S, Simonsen E, Rund BR, Vaglum P, McGlashan T. First-episode psychosis: diagnostic stability over one and two years. *Psychopathology*. 2008;41(5):322-9.
41. Schimmelmann BG, Conus P, Edwards J, McGorry PD, Lambert M. Diagnostic stability 18 months after treatment initiation for first-episode psychosis. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(10):1239-46.
42. Malhi GS, Green M, Fagiolini A, Peselow ED, Kumari V. Schizoaffective disorder: diagnostic issues and future recommendations. *Bipolar Disord*. 2008;10(1 Pt 2):215-30.
43. Barros RE, Marques JM, Carlotti IP, Zuardi AW, Del-Ben CM. Short admission in an emergency psychiatry unit can prevent prolonged lengths of stay in a psychiatric institution. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(2):145-51.
44. Crebbin K, Mitford E, Paxton R, Turkington D. First-episode drug-induced psychosis: a medium term follow up study reveals a high-risk group. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44(9):710-5.
45. Arendt M, Rosenberg R, Foldager L, Perto G, Munk-Jorgensen P. Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases. *Br J Psychiatry*. 2005;187:510-5.
46. Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. *Instruction manual for the structured clinical interview for DSM-III-R (SCID, 5/1/89 Revision)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute; 1989.
47. Goulet K, Deschamps B, Evoy F, Trudel JF. Use of brain imaging (computed tomography and magnetic resonance imaging) in first-episode psychosis: review and retrospective study. *Can J Psychiatry*. 2009;54(7):493-501.
48. Albon E, Tsourapas A, Frew E, Davenport C, Oyebo F, Bayliss S, Arvanitis T, Meads C. Structural neuroimaging in psychosis: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*. 2008;12(18):iii-iv, ix-163.

Anexo 1 – Protocolo de avaliação de primeiro episódio psicótico¹

Nome	Registro	
Data e hora da admissão	Avaliador	

Anamnese e exames		
Queixa Principal:		
Tempo de início dos sintomas:		
História da Moléstia Atual (registrar dados positivos)		
Interrogatório sobre os Diversos Aparelhos		
Dados positivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se sim, descrever:		
Uso atual de substâncias psicoativas/medicamentos		
Dados positivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se sim: tipo de substância(s), idade de início, frequência semanal de uso, dose, tempo de uso, resposta clínica.		
Exame do Estado Mental (registrar dados positivos)		
Exame Físico e Exame Neurológico		
Dados positivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se sim, descrever:		
Antecedentes pessoais		
Intercorrências durante a gestação ou parto		
<input type="checkbox"/> Infecção materna	<input type="checkbox"/> Idade gestacional < 37sem	
<input type="checkbox"/> Diabetes materno	<input type="checkbox"/> Baixo peso ao nascer	
<input type="checkbox"/> Desnutrição materna	<input type="checkbox"/> Hipóxia neonatal	
<input type="checkbox"/> Outras. Descrever:		
Tipo de parto		
<input type="checkbox"/> Normal hospitalar	<input type="checkbox"/> Normal domiciliar	
<input type="checkbox"/> Fórceps	<input type="checkbox"/> Cesárea	
Intercorrências durante infância e adolescência		
<input type="checkbox"/> Retardo Desenvolvimento Neuropsicomotor	<input type="checkbox"/> TCE	
<input type="checkbox"/> Abuso físico	<input type="checkbox"/> Abuso sexual	
<input type="checkbox"/> Comportamento delinqüente	<input type="checkbox"/> Baixo rendimento escolar	
<input type="checkbox"/> Comportamento disruptivo	<input type="checkbox"/> Distúrbios de linguagem	
<input type="checkbox"/> Dificuldade no desempenho sexual	<input type="checkbox"/> Negligência	
<input type="checkbox"/> Dificuldade de socialização/ Isolamento social		
<input type="checkbox"/> Outras. Descrever:		
Uso passado de substâncias psicoativas/medicamentos		
Dados positivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se sim: tipo de substância(s), época da vida, frequência semanal de uso, dose, tempo de uso, resposta clínica.		
Antecedentes familiares		
História de transtorno mental na família	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se sim:		
Grau de parentesco:	Diagnóstico provável:	
Grau de parentesco:	Diagnóstico provável:	
Grau de parentesco:	Diagnóstico provável:	
Fatores ambientais (se positivo, descrever)		
<input type="checkbox"/> Migração	Data	
<input type="checkbox"/> Mudança de condição sócio-econômica	Data	
<input type="checkbox"/> Eventos vitais	Data	

¹ Protocolo desenvolvido pela equipe médica do Setor de Psiquiatria da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

<input type="checkbox"/>	Eventos estressores	Data	
<input type="checkbox"/>	Outros		
Suporte social (descrever)			
Mora			
<input type="checkbox"/>	Com familiares	<input type="checkbox"/>	Com amigos
<input type="checkbox"/>	Sozinho	<input type="checkbox"/>	Em instituição
<input type="checkbox"/>	Outros. Descrever:		
Tem renda pessoal?		<input type="checkbox"/>	Sim
		<input type="checkbox"/>	Não
SE SIM, descrever:			
SE NÃO. Como se sustenta?			

Diagnóstico e conduta iniciais	
Diagnóstico(s) provável(is) (admissão):	
Condução inicial:	

Resultados de exames complementares		
Hb	Na ⁺	TGO/TGP
Ht	K ⁺	INR
Leucócitos	Ca ⁺⁺	TSH/ T4 livre
Bastonetes	Uréia	Sorologia HIV
Segmentados	Creatinina	Sorologia Sífilis
Eosinófilos	Glicemia de jejum	Metabólito <i>cannabis</i>
Linfócitos	FAN	Metabólito cocaína
Outros		
Exame de imagem (RNM ou TC de crânio)		

Diagnóstico definitivo (alta):
Condução na alta:

Data e hora da alta	Médico responsável
Encaminhamento (descrever)	
<input type="checkbox"/>	Internação integral:
<input type="checkbox"/>	Rede pública:
<input type="checkbox"/>	Rede privada:
<input type="checkbox"/>	Outros:

Gravidade de sintomas

BPRS²			Hamilton³			EAM⁴		
Item	Escore		Item	Escore		Item	Escore	
	adm	alta		adm	alta		adm	alta
1.	Preocupações Somáticas		1.	Humor Deprimido		1.	Humor Elevado	
2.	Ansiedade Psíquica		2.	Sentimentos de Culpa		2.	Atividade Aumentada	
3.	Retraimento Emocional		3.	Suicídio		3.	Interesse Sexual	
4.	Desorganização Conceitual		4.	Insônia Inicial		4.	Sono	
5.	Sentimentos de Culpa		5.	Insônia Intermediária		5.	Irritabilidade	
6.	Ansiedade		6.	Insônia Tardia		6.	Fala (Velocidade / Quantidade)	
7.	Dist Motores Específicos		7.	Trabalho e Atividades		7.	Linguagem	
8.	Auto-Estima Exagerada		8.	Retardo		8.	Conteúdo do Pensamento	
9.	Humor Deprimido		9.	Agitação		9.	Comportamento Agressivo	
10.	Hostilidade		10.	Ansiedade Psíquica		10.	Aparência	
11.	Desconfiança		11.	Ansiedade Somática		11.	Insight (Discernimento)	
12.	Alucinações		12.	Sintomas Gastrointestinais				
13.	Retardo Psicomotor		13.	Sint Somáticos em Geral				
14.	Falta de Cooperação		14.	Sintomas Genitais				
15.	Cont Incomum do Pensamento		15.	Hipocondria				
16.	Afeto Embotado		16.	Perda de Peso				
17.	Agitação Psicomotora		17.	Consciência da Doença				
18.	Desorientação e Confusão		18.	Variação Diurna				
19.			19.	Despersonalização e Desrealização				
20.			20.	Sintomas Paranóides				
21.			21.	Sint Obsessivos e Compulsivos				
Escore total - BPRS			Escore total - Hamilton			Escore total- EAM		

adm = admissão

² Zuardi et al. Rev ABP-APAL 1994;16:63-8

³ Carvalho et al. J Bras Psiquiatr 1993;42:255- 60

⁴ Vilela et al. Braz J Med Biol Res. 2005 38(9):1429-39