



PPG ESA UEPA
ENSINO EM SAÚDE
NA AMAZÔNIA
MESTRADO E DOUTORADO



VIVALDO GEMAQUE DE ALMEIDA

Orientação: Profª Drª Edna Ferreira Coelho Galvão

MANUAL DOCENTE DE AVALIAÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO EDUCACIONAL EM SAÚDE MENTAL

DOUTORADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE NA AMAZÔNIA - UEPA

Belém - Pará | 2026

VIVALDO GEMAQUE DE ALMEIDA | EDNA FERREIRA COELHO GALVÃO

**MANUAL DOCENTE DE
AVALIAÇÃO DO
PRONTUÁRIO ELETRÔNICO
EDUCACIONAL EM
SAÚDE MENTAL**

INFORMAÇÕES SOBRE OS AUTORES



Vivaldo Gemaque de Almeida

Médico | Docente | Doutorando em Ensino em Saúde na Amazônia

Médico formado pela Universidade do Estado do Pará, com residência em Medicina de Família e Comunidade e mestrado profissional em Ensino em Saúde na Amazônia. É doutorando no mesmo programa, desenvolvendo pesquisa sobre o aprimoramento da aprendizagem em saúde mental por meio de um prontuário eletrônico educacional. Possui formação em Psiquiatria Geral e Psiquiatria da Infância e Adolescência, com atuação em saúde mental, atenção primária, CAPS, preceptoria e formação médica. Atua como professor efetivo da UEPA, preceptor do Internato em Saúde Mental e Coordenador Adjunto do Curso de Medicina da UEPA em Santarém. Seus interesses acadêmicos envolvem metodologias ativas, avaliação de competências clínicas, saúde mental, educação médica e tecnologias digitais aplicadas ao ensino em saúde.

Lattes: <https://lattes.cnpq.br/8237071667525975>



Edna Ferreira Coelho Galvão

Professora da Universidade do Estado do Pará | Doutora em Educação

Possui graduação em Educação Física pela Fundação Oswaldo Aranha, mestrado em Educação pela Universidade Metodista de Piracicaba e doutorado em Educação pela Universidade Federal Fluminense. É professora da Universidade do Estado do Pará e vinculada ao Programa de Pós-Graduação Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia. Tem experiência nas áreas de Ensino em Saúde, Educação Física, Saúde Coletiva, processos educativos em ambientes escolares e não escolares e Metodologia Científica. Integra o Comitê de Ética em Pesquisa da UEPA/Santarém e desenvolve atuação acadêmica voltada à formação, pesquisa, ensino e avaliação em contextos amazônicos.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4705309005887569> ORCID: 0000-0003-3524-9909

DESCRIÇÃO TÉCNICA DO PRODUTO

Origem do produto	Produto técnico-educacional em desenvolvimento, previsto como resultado da tese de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia, intitulada <i>Aprimoramento da Aprendizagem em Saúde Mental através de um Prontuário Eletrônico</i> .
Autor da pesquisa	Vivaldo Gemaque de Almeida.
Orientadora da pesquisa	Profa. Dra. Edna Ferreira Coelho Galvão.
Área do conhecimento	Ensino; Ensino em Saúde; Educação Médica; Saúde Mental.
Público-alvo	Estudantes de Medicina do 12º semestre avaliados pelo preenchimento do prontuário eletrônico educacional, Docentes e preceptores responsáveis pelo Internato em Saúde Mental. Indiretamente,
Finalidade	Padronizar critérios de avaliação, qualificar o feedback docente e assegurar rigor técnico, ético, comunicacional, psicofarmacológico e terapêutico na análise dos registros clínicos produzidos por estudantes de Medicina.
Estruturação do produto	O produto será organizado em apresentação/ficha técnica, sumário, finalidade do manual docente, perfil de desempenho esperado no 12º semestre, fluxo de avaliação do preenchimento do prontuário, critérios para avaliação da prescrição de psicofármacos, guia de feedback docente estruturado, rubricas específicas por caso clínico, folha síntese de avaliação docente e contracapa.
Registro	Prevê-se solicitação futura de ISBN, registro institucional ou modalidade equivalente compatível com produto educacional, após finalização, validação e aprovação acadêmica. O produto ainda não foi registrado.
Validação do produto	Prevê-se validação futura por juízes especialistas em Ensino em Saúde, Educação Médica, Saúde Mental, Avaliação Educacional, Tecnologias Educacionais e/ou Prontuário Eletrônico Educacional. O produto ainda não foi validado.
Avaliação do produto	Prevê-se aplicação e avaliação futura pelo público-alvo, em cenários de ensino clínico, supervisão docente e/ou internato em saúde mental. O produto ainda não foi aplicado nem avaliado pelo público-alvo.
Disponibilidade	Prevê-se disponibilização futura em formato digital, após validação, registro/publicação e autorização institucional, preservando-se os direitos autorais e vedando-se o uso comercial não autorizado.
Divulgação	Prevê-se divulgação futura em formato digital, em repositório institucional, plataformas acadêmicas e meios digitais vinculados ao produto educacional e à tese.
Instituições envolvidas	Universidade do Estado do Pará; Programa de Pós-Graduação Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia; Curso de Medicina; Internato em Saúde Mental.
Idioma	Português do Brasil.
Cidade	Belém - Pará.
País	Brasil.
Diagramação	Versão diagramada em padrão acadêmico-editorial. A diagramação final poderá ser ajustada após validação e publicação.

APRESENTAÇÃO

Este manual foi concebido como produto técnico-educacional vinculado à tese de Doutorado Profissional em Ensino em Saúde na Amazônia, intitulada *Aprimoramento da Aprendizagem em Saúde Mental através de um Prontuário Eletrônico*. Sua elaboração parte de uma necessidade concreta do internato em saúde mental: qualificar a forma como o preenchimento do prontuário eletrônico educacional é analisado pelo professor.

Na etapa final do curso de Medicina, o registro clínico deixa de ser apenas um exercício acadêmico e passa a expressar raciocínio diagnóstico, capacidade de síntese, julgamento ético, avaliação de risco, tomada de decisão terapêutica e segurança na prescrição. Por isso, a avaliação docente precisa ir além da conferência de campos preenchidos. É necessário observar se o estudante documenta o caso de forma clara, fundamentada, proporcional e útil para a continuidade do cuidado.

Com essa finalidade, o manual organiza critérios, rubricas e orientações de *feedback* para apoiar docentes, preceptores e avaliadores na análise dos registros produzidos por estudantes do 12º semestre. O material contempla o perfil de desempenho esperado, o fluxo de avaliação, uma rubrica global de 100 pontos, critérios específicos para prescrição de psicofármacos e orientações por caso clínico.

Trata-se, portanto, de um instrumento de apoio à avaliação formativa e somativa, pensado para reduzir subjetividade, favorecer maior transparência e fortalecer a aprendizagem clínica em saúde mental. Em etapa futura, após finalização da versão do produto, o manual será submetido aos procedimentos acadêmicos de validação, avaliação pelo público-alvo e, quando cabível, registro e publicação institucional.

Espera-se que este material contribua para uma prática docente mais criteriosa, para *feedbacks* mais objetivos e para a formação de médicos capazes de registrar, justificar e conduzir o cuidado em saúde mental com segurança técnica, responsabilidade ética e sensibilidade humana.

CASOS CLÍNICOS

As fichas a seguir organizam, por caso clínico, os critérios essenciais para avaliação do preenchimento do prontuário eletrônico educacional em saúde mental. A proposta é oferecer ao docente um roteiro objetivo, visualmente organizado e tecnicamente rigoroso para análise caso a caso.

Casos contemplados

01 TEA, nível 2 de suporte

02 TEA, nível 1 de suporte

03 TDAH na infância, apresentação combinada

04 TDAH no adulto

05 Transtorno Opositivo Desafiante

06 Transtorno de Conduta

07 Transtorno Explosivo Intermitente

08 Transtorno de Ansiedade Generalizada

09 Transtorno de Pânico

10 Transtorno Depressivo Maior

11 Transtorno Depressivo Persistente

12 Transtorno Bipolar tipo I

13 Transtorno Bipolar tipo II

14 Esquizofrenia

15 Transtorno Esquizoafetivo

16 Transtorno Psicótico Breve

17 Transtorno Esquizofreniforme

18 Transtorno Delirante, tipo persecutório

19 Transtorno Psicótico devido a outra condição médica

20 Transtorno de Personalidade Borderline

21 Transtorno de Personalidade Antissocial

22 Transtorno por uso de álcool

CASO 01

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

TEA, nível 2 de suporte

Hipótese principal esperada

Transtorno do Espectro Autista, nível 2 de suporte.

Elementos mínimos do prontuário

História do neurodesenvolvimento com início precoce dos sinais.

- Prejuízos em comunicação social, reciprocidade e comunicação não verbal.
- Padrões restritos/repetitivos, inflexibilidade de rotina e alterações sensoriais.
- Impacto funcional escolar, familiar e social.
- Diferenciais: deficiência intelectual, transtorno de linguagem, ansiedade, TOC e TDAH.

Psicofarmacologia e prescrição

Não há psicofármaco para os sintomas nucleares do TEA. Cobrar indicação criteriosa apenas para irritabilidade grave, agressividade, autoagressão, insônia ou comorbidades. Se o aluno propuser antipsicótico, deve justificar alvo terapêutico, dose inicial, titulação, monitorização metabólica, efeitos extrapiramidais e seguimento.

Erros críticos

Prescrever antipsicótico sem alvo terapêutico claro.

- Ignorar investigação de linguagem, cognição, funcionalidade e comorbidades.
- Usar linguagem culpabilizante ou estigmatizante no registro.

Feedback sugerido

Reforçar que o registro deve descrever funcionamento e necessidade de suporte, não apenas listar critérios.

CASO 02

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

TEA, nível 1 de suporte

Hipótese principal esperada

Transtorno do Espectro Autista, nível 1 de suporte.

Elementos mínimos do prontuário

Comunicação verbal preservada, mas prejuízo pragmático e dificuldade de reciprocidade social.

- Rigidez cognitiva, sofrimento diante de mudanças e interesses restritos.
- Dificuldade social apesar de desempenho acadêmico relativamente preservado.
- Avaliação de ansiedade social, TOC e transtorno da comunicação social pragmática.
- Plano com psicoeducação, adaptação escolar, habilidades sociais e seguimento.

Psicofarmacologia e prescrição

Não indicar medicação para traços autísticos isolados. Cobrar raciocínio para tratar comorbidades quando presentes, como ansiedade, TDAH ou insônia, sempre com alvo clínico, monitorização e reavaliação.

Erros críticos

Confundir bom rendimento escolar com ausência de sofrimento funcional.

- Prescrever ISRS ou antipsicótico sem síndrome-alvo definida.
- Não orientar família/escola quanto a suporte e previsibilidade.

Feedback sugerido

Valorizar registros que mostrem sutilezas da comunicação social e impacto funcional.

TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

CASO
03

TDAH na infância, apresentação combinada

Hipótese principal esperada

Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade, apresentação combinada.

Elementos mínimos do prontuário

Sintomas de desatenção e hiperatividade/impulsividade em mais de um contexto.

- Prejuízo funcional escolar, familiar e social.
- Informações de responsáveis e escola.
- Diferenciais: ansiedade, transtornos de aprendizagem, sono, deficiência sensorial, TEA e TOD.
- Plano com orientação familiar, estratégias escolares e reavaliação.

Psicofarmacologia e prescrição

Cobrar prescrição tecnicamente completa quando indicado: princípio ativo, formulação, dose inicial baixa, horário, titulação, duração/reavaliação e monitorização de apetite, sono, pressão arterial, frequência cardíaca e crescimento. O aluno deve justificar estimulante ou alternativa não estimulante e investigar contraindicações cardiovasculares e uso inadequado.

Erros críticos

Prescrever sem avaliar prejuízo em múltiplos contextos.

- Omitir dose, forma farmacêutica, horário ou plano de monitorização.
- Ignorar ansiedade, sono ou dificuldades de aprendizagem.

Feedback sugerido

Exigir que o aluno diferencie comportamento esperado da infância de síndrome persistente com prejuízo.

CASO 04

TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE

TDAH no adulto

Hipótese principal esperada

TDAH em adulto, com prejuízo ocupacional e funcional.

Elementos mínimos do prontuário

História longitudinal desde a infância ou adolescência.

- Desatenção/desorganização com impacto laboral e relacional.
- Triagem de ansiedade, depressão, bipolaridade, uso de substâncias e sono.
- Avaliação de risco cardiovascular antes de estimulantes.
- Plano com psicoeducação, organização, psicoterapia quando indicada e seguimento.

Psicofarmacologia e prescrição

Cobrar decisão entre estimulante e não estimulante com justificativa. A prescrição deve conter dose, formulação, horário, titulação, orientações sobre insônia/apetite/ansiedade, monitorização cardiovascular e avaliação de risco de uso indevido.

Erros críticos

Diagnosticar TDAH adulto sem investigar início prévio.

- Prescrever estimulante em contexto de uso de substâncias não avaliado.
- Não rastrear bipolaridade antes de associar antidepressivos ou estimulantes.

Feedback sugerido

Pedir que o estudante documente funcionalidade e trajetória, não apenas sintomas atuais.

CASO 05

DISTÚRBIOS DISRUPTIVOS, DE CONTROLE DE IMPULSOS E DE CONDUTA

Transtorno Opositivo Desafiante

Hipótese principal esperada

Transtorno Opositivo Desafiante, a confirmar por avaliação longitudinal e contextual.

Elementos mínimos do prontuário

Padrão persistente de irritabilidade, desafio e comportamento vingativo.

- Contextos de ocorrência: casa, escola e pares.
- Intensidade desproporcional para idade e cultura familiar.
- Comorbidades: TDAH, ansiedade, depressão, TEA, aprendizagem.
- Plano centrado em orientação parental, escola e manejo comportamental.

Psicofarmacologia e prescrição

Não existe medicação específica para TOD como diagnóstico isolado. Cobrar tratamento de comorbidades quando presentes, especialmente TDAH, ansiedade ou transtornos do humor. Prescrição sedativa inespecífica deve ser considerada inadequada.

Erros críticos

Transformar conflito familiar isolado em diagnóstico.

- Prescrever antipsicótico para “comportamento difícil” sem gravidade, alvo e monitorização.
- Omitir orientação parental e intervenção escolar.

Feedback sugerido

Reforçar análise funcional do comportamento e contexto.

CASO 06

DISTÚRBIOS DISRUPTIVOS, DE CONTROLE DE IMPULSOS E DE CONDUTA

Transtorno de Conduta

Hipótese principal esperada

Transtorno de Conduta, com necessidade de avaliação de gravidade e riscos.

Elementos mínimos do prontuário

Violação persistente de normas, direitos de terceiros ou regras sociais.

- História de agressão, destruição, furtos, mentiras ou violações graves.
- Avaliação de risco para terceiros, violência, uso de substâncias e contexto familiar.
- Diferenciais: TOD, TDAH, transtorno bipolar, trauma, uso de substâncias.
- Plano intersetorial com família, escola, rede psicossocial e proteção.

Psicofarmacologia e prescrição

Não há fármaco para “curar” transtorno de conduta. Cobrar tratamento de comorbidades e indicação excepcional de psicofármacos para agressividade grave, sempre com alvo, monitorização e especialista. O plano deve priorizar intervenções psicossociais e de segurança.

Erros críticos

Minimizar risco de violência ou legalidade.

- Prescrever sedação como principal intervenção.
- Não acionar rede de proteção quando houver risco.

Feedback sugerido

Cobrar registro objetivo de atos, frequência, vítimas e riscos, evitando julgamentos morais.

CASO 07

DISTÚRBIOS DISRUPTIVOS, DE CONTROLE DE IMPULSOS E DE CONDUTA

Transtorno Explosivo Intermitente

Hipótese principal esperada

Transtorno Explosivo Intermitente, após exclusão de outras causas.

Elementos mínimos do prontuário

Explosões comportamentais recorrentes e desproporcionais.

- Impulsividade sem finalidade instrumental predominante.
- Avaliação de lesões, danos materiais e risco para terceiros.
- Diferenciais: bipolaridade, uso de substâncias, TDAH, transtornos de personalidade, epilepsia/condição médica.
- Plano com manejo de raiva, psicoterapia, segurança e seguimento.

Psicofarmacologia e prescrição

Cobrar raciocínio para ISRS, estabilizador do humor ou outra estratégia apenas quando indicada por frequência, gravidade ou comorbidade. Prescrição deve vir acompanhada de avaliação de risco, efeitos adversos e monitorização.

Erros críticos

Não diferenciar explosão impulsiva de agressão planejada.

- Omitir avaliação de risco para terceiros.
- Prescrever sem investigar álcool, substâncias ou bipolaridade.

Feedback sugerido

Pedir que o aluno descreva temporalidade, gatilhos e proporcionalidade dos episódios.

CASO
08

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Transtorno de Ansiedade Generalizada

Hipótese principal esperada

Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Elementos mínimos do prontuário

Preocupação excessiva, persistente e difícil de controlar.

- Sintomas físicos/cognitivos: tensão, fadiga, irritabilidade, sono, concentração.
- Prejuízo social, ocupacional ou familiar.
- Diferenciais: hipertireoidismo, uso de substâncias, depressão, pânico, TOC.
- Plano com psicoeducação, psicoterapia e farmacoterapia quando indicada.

Psicofarmacologia e prescrição

Cobrar escolha racional de ISRS ou IRSN como primeira linha, início em dose baixa, titulação, latência de resposta, manejo de efeitos adversos e plano de reavaliação. Benzodiazepínicos, se cogitados, exigem justificativa curta, risco de dependência, orientação e duração limitada.

Erros críticos

Prescrever benzodiazepínico como solução isolada e prolongada.

- Não rastrear depressão, risco suicida, uso de substâncias e causas clínicas.
- Não orientar latência de resposta do antidepressivo.

Feedback sugerido

Valorizar plano que combine intervenção psicológica, estilo de vida e prescrição segura.

CASO
09

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Transtorno de Pânico

Hipótese principal esperada

Transtorno de Pânico, com avaliação de agorafobia e causas clínicas.

Elementos mínimos do prontuário

Ataques recorrentes, abruptos, com sintomas físicos intensos.

- Preocupação persistente com novos ataques e/ou evitação.
- Avaliação de causas clínicas: cardiológicas, tireoidianas, respiratórias e substâncias.
- Diferenciais: TAG, fobias, TEPT, arritmias, hipertireoidismo.
- Plano com psicoeducação, técnicas de manejo, psicoterapia e farmacoterapia.

Psicofarmacologia e prescrição

Cobrar ISRS/IRSN com dose inicial baixa para reduzir piora inicial de ansiedade, titulação, orientação sobre latência, efeitos adversos e acompanhamento. Benzodiazepínico pode ser ponte curta em casos selecionados, com registro de risco/benefício.

Erros críticos

Não excluir condição clínica diante de sintomas físicos intensos.

- Prescrever benzodiazepínico sem limite temporal e sem plano de retirada.
- Não explicar ao paciente o ciclo medo-sintoma- evitação.

Feedback sugerido

Pedir registro claro de ataques, evitação e medo antecipatório.

CASO
10

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

Transtorno Depressivo Maior

Hipótese principal esperada

Transtorno Depressivo Maior.

Elementos mínimos do prontuário

Humor deprimido e/ou anedonia com sintomas neurovegetativos/cognitivos.

- Duração, gravidade e prejuízo funcional.
- Avaliação obrigatória de risco suicida, sintomas psicóticos e bipolaridade.
- Diferenciais: luto, hipotireoidismo, uso de substâncias, transtorno bipolar.
- Plano com segurança, psicoterapia, suporte, antidepressivo quando indicado e seguimento.

Psicofarmacologia e prescrição

Cobrar prescrição completa de antidepressivo quando indicado: escolha conforme perfil do paciente, dose inicial, titulação, efeitos adversos, latência, risco de ativação, interações, duração de tratamento e reavaliação. Antes de antidepressivo, o aluno deve rastrear mania/hipomania.

Erros críticos

Omitir avaliação de risco suicida.

- Prescrever antidepressivo sem rastrear bipolaridade.
- Não definir retorno, orientações de alerta e plano de segurança.

Feedback sugerido

No 12º semestre, o registro deve ir além do diagnóstico: precisa conter plano de segurança e prescrição tecnicamente defensável.

CASO 11

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

Transtorno Depressivo Persistente

Hipótese principal esperada

Transtorno Depressivo Persistente.

Elementos mínimos do prontuário

Humor deprimido crônico e curso prolongado.

- Diferença entre episódio depressivo maior e persistência subclínica.
- Prejuízo ocupacional, social e familiar ao longo do tempo.
- Comorbidades: ansiedade, uso de álcool, transtornos de personalidade.
- Plano longitudinal com psicoterapia, farmacoterapia quando indicada e metas funcionais.

Psicofarmacologia e prescrição

Cobrar escolha de antidepressivo com metas realistas, acompanhamento prolongado, avaliação de resposta parcial e adesão. A prescrição deve evitar troca precoce sem tempo/dose adequados e deve incluir monitorização de efeitos adversos.

Erros críticos

Confundir tristeza crônica com diagnóstico sem avaliar prejuízo.

- Não investigar episódio depressivo maior sobreposto.
- Prescrição sem prazo de reavaliação.

Feedback sugerido

Cobrar documentação do curso temporal e do impacto acumulado.

CASO 12

TRANSTORNOS BIPOLARES

Transtorno Bipolar tipo I

Hipótese principal esperada

Transtorno Bipolar tipo I, com episódio maníaco atual ou prévio.

Elementos mínimos do prontuário

Episódio de mania: humor elevado/irritável, aumento de energia, redução de sono, grandiosidade, impulsividade.

- Grau de prejuízo, risco, psicose ou necessidade de internação.
- História de episódios depressivos e familiares.
- Diferenciais: uso de substâncias, TDAH, transtorno de personalidade, hipertireoidismo.
- Plano com estabilização do humor, segurança, psicoeducação e seguimento.

Psicofarmacologia e prescrição

Cobrar estabilizador do humor e/ou antipsicótico conforme gravidade. O aluno deve evitar antidepressivo em monoterapia, justificar escolha, dose, titulação, exames/monitorização, efeitos adversos, interações, adesão e sinais de toxicidade quando utilizar lítio ou anticonvulsivantes.

Erros críticos

Antidepressivo em monoterapia.

- Não avaliar risco, psicose, impulsividade grave ou necessidade de internação.
- Prescrição de lítio/valproato/carbamazepina sem monitorização laboratorial e orientação.

Feedback sugerido

Exigir que o aluno reconheça mania como quadro potencialmente grave e que prescrição deve ser acompanhada de plano de segurança.

CASO
13

TRANSTORNOS BIPOLARES

Transtorno Bipolar tipo II

Hipótese principal esperada

Transtorno Bipolar tipo II, com episódios depressivos e hipomania.

Elementos mínimos do prontuário

História de hipomania sem prejuízo psicótico/maníaco completo.

- Episódios depressivos recorrentes.
- Rastreamento de virada maníaca, história familiar e resposta prévia a antidepressivos.
- Diferenciais: depressão recorrente, ciclotimia, personalidade borderline, TDAH.
- Plano com estabilização do humor e acompanhamento longitudinal.

Psicofarmacologia e prescrição

Cobrar cautela com antidepressivos e preferência por estratégias estabilizadoras quando indicadas. A prescrição deve conter justificativa, monitorização de humor, efeitos adversos e orientação sobre sinais de ativação/hipomania.

Erros críticos

Tratar como depressão unipolar sem investigar hipomania.

- Antidepressivo em monoterapia sem avaliação de risco de virada.
- Não orientar paciente/família sobre sinais de descompensação.

Feedback sugerido

Pedir documentação cuidadosa de episódios de energia aumentada, sono reduzido e funcionalidade.

CASO 14

ESPECTRO DA ESQUIZOFRENIA E OUTROS TRANSTORNOS PSICÓTICOS

Esquizofrenia

Hipótese principal esperada

Esquizofrenia, a partir de sintomas psicóticos persistentes e prejuízo funcional.

Elementos mínimos do prontuário

Delírios, alucinações, desorganização, sintomas negativos e prejuízo funcional.

- Duração, curso, pródromo e impacto social/ocupacional.
- Avaliação de risco, insight, adesão, suporte familiar e uso de substâncias.
- Diferenciais: transtorno bipolar, esquizoafetivo, substâncias, epilepsia, causas clínicas.
- Plano com antipsicótico, psicoeducação, rede de cuidado e monitorização.

Psicofarmacologia e prescrição

Cobrar antipsicótico com alvo clínico, dose inicial, titulação, via, orientação de efeitos adversos, sintomas extrapiramidais, síndrome metabólica, prolactina/sedação conforme fármaco, adesão e possibilidade de formulação de longa ação quando pertinente.

Erros críticos

Não investigar uso de substâncias e condições clínicas.

- Prescrever antipsicótico sem monitorização metabólica/neurológica.
- Não avaliar risco de auto/heteroagressão ou negligência grave.

Feedback sugerido

Valorizar registros que diferenciem sintomas positivos, negativos e desorganização.

CASO
15

ESPECTRO DA ESQUIZOFRENIA E OUTROS TRANSTORNOS PSICÓTICOS

Transtorno Esquizoafetivo

Hipótese principal esperada

Transtorno Esquizoafetivo, quando sintomas psicóticos e de humor têm relação temporal compatível.

Elementos mínimos do prontuário

Sintomas psicóticos e episódio de humor significativo.

- Período de psicose sem sintomas de humor predominantes.
- Curso temporal bem descrito.
- Diferenciais: esquizofrenia, bipolar com psicose, depressão psicótica, substâncias.
- Plano que integre antipsicótico e manejo do polo afetivo.

Psicofarmacologia e prescrição

Cobrar combinação racional conforme polaridade: antipsicótico e, se indicado, estabilizador do humor ou antidepressivo com cautela. A prescrição deve explicitar alvo de cada fármaco e monitorização.

Erros críticos

Não estabelecer relação temporal entre psicose e humor.

- Tratar apenas o humor e ignorar psicose persistente.
- Polifarmácia sem alvo definido.

Feedback sugerido

Pedir uma linha do tempo dos sintomas para sustentar a hipótese.

CASO 16

ESPECTRO DA ESQUIZOFRENIA E OUTROS TRANSTORNOS PSICÓTICOS

Transtorno Psicótico Breve

Hipótese principal esperada

Transtorno Psicótico Breve, após avaliação de duração, estressor e exclusão de causas secundárias.

Elementos mínimos do prontuário

Início súbito, sintomas psicóticos e duração breve.

- Estressor psicossocial, pós-parto ou ausência de estressor.
- Avaliação de risco e necessidade de proteção/internação.
- Exclusão de substâncias e condições médicas.
- Plano com contenção clínica, antipsicótico se indicado, suporte e reavaliação próxima.

Psicofarmacologia e prescrição

Cobrar antipsicótico em dose apropriada quando sintomas forem graves, com plano de curto prazo, reavaliação, monitorização de efeitos adversos e estratégia de retirada após estabilização conforme evolução.

Erros críticos

Não investigar substâncias/condição médica.

- Não avaliar risco agudo.
- Manter antipsicótico indefinidamente sem reavaliação diagnóstica.

Feedback sugerido

O aluno deve registrar que o diagnóstico depende do curso temporal e da evolução.

CASO 17

ESPECTRO DA ESQUIZOFRENIA E OUTROS TRANSTORNOS PSICÓTICOS

Transtorno Esquizofreniforme

Hipótese principal esperada

Transtorno Esquizofreniforme, com duração intermediária dos sintomas psicóticos.

Elementos mínimos do prontuário

Sintomas psicóticos semelhantes à esquizofrenia.

- Duração entre quadro breve e esquizofrenia.
- Prejuízo funcional e evolução.
- Diferenciais: esquizofrenia, transtorno bipolar, esquizoafetivo, substâncias.
- Plano com antipsicótico, seguimento rigoroso e reavaliação diagnóstica.

Psicofarmacologia e prescrição

Cobrar prescrição de antipsicótico com dose, titulação, efeitos adversos e monitorização, além de plano de reavaliação da duração e funcionalidade para confirmação diagnóstica.

Erros críticos

Fechar esquizofrenia sem considerar duração.

- Não acompanhar evolução longitudinal.
- Prescrever sem monitorização de efeitos extrapiramidais/metabólicos.

Feedback sugerido

A temporalidade é parte central da avaliação; o prontuário deve deixar isso explícito.

ESPECTRO DA ESQUIZOFRENIA E OUTROS TRANSTORNOS PSICÓTICOS

CASO
18

Transtorno Delirante, tipo persecutório

Hipótese principal esperada

Transtorno Delirante, tipo persecutório.

Elementos mínimos do prontuário

Delírio sistematizado, persistente e de conteúdo persecutório.

- Funcionamento relativamente preservado fora do tema delirante.
- Ausência de desorganização marcante ou sintomas negativos predominantes.
- Diferenciais: esquizofrenia, transtorno de humor psicótico, substâncias, demência/condição médica.
- Plano com vínculo, segurança, antipsicótico quando indicado e abordagem familiar.

Psicofarmacologia e prescrição

Cobrar antipsicótico com comunicação cuidadosa, evitando confronto direto do delírio. Prescrição deve conter dose, alvo clínico, monitorização e acompanhamento de adesão.

Erros críticos

Confrontar o delírio de forma inadequada no plano.

- Não avaliar risco relacionado ao delírio persecutório.
- Confundir com esquizofrenia sem analisar desorganização, curso e funcionamento.

Feedback sugerido

Pedir registro objetivo do conteúdo delirante e de seu impacto funcional.

CASO 19

ESPECTRO DA ESQUIZOFRENIA E OUTROS TRANSTORNOS PSICÓTICOS

Transtorno Psicótico devido a outra condição médica

Hipótese principal esperada

Transtorno psicótico secundário a condição médica, até prova em contrário quando há sinais sistêmicos relevantes.

Elementos mínimos do prontuário

Sintomas psicóticos associados a sinais clínicos ou doença médica conhecida.

- Investigação de delirium, causas metabólicas, endócrinas, neurológicas e infecciosas.
- Avaliação de medicações, substâncias e adesão a tratamento clínico.
- Plano integrado com clínica/serviço especializado.
- Antipsicótico apenas como manejo sintomático quando necessário.

Psicofarmacologia e prescrição

Cobrar prioridade ao tratamento da causa de base. Antipsicótico, se utilizado, deve ter menor dose efetiva, cautela com efeitos adversos, interações e condição clínica do paciente. Prescrição sem abordagem etiológica é insuficiente.

Erros críticos

Tratar como psicose primária sem investigar causa clínica.

- Ignorar sinais sistêmicos.
- Prescrever psicofármaco que agrave condição clínica ou interaja com tratamento de base.

Feedback sugerido

A avaliação deve mostrar integração entre psiquiatria e clínica médica.

CASO 20

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

Transtorno de Personalidade Borderline

Hipótese principal esperada

Transtorno de Personalidade Borderline, a partir de padrão persistente de instabilidade afetiva, interpessoal e impulsividade.

Elementos mínimos do prontuário

Padrão longitudinal de instabilidade emocional e relacional.

- Impulsividade, medo de abandono, autoimagem instável e crises.
- Avaliação cuidadosa de risco suicida e automutilação, sem descrições gráficas.
- Diferenciais: bipolaridade, TEPT complexo, depressão, uso de substâncias.
- Plano com psicoterapia estruturada, manejo de crise e contrato de segurança.

Psicofarmacologia e prescrição

Cobrar que o aluno não use medicação como tratamento central da personalidade. Psicofármacos podem ser considerados para comorbidades ou sintomas-alvo, evitando polifarmácia. Prescrição deve conter alvo, prazo e reavaliação.

Erros críticos

Prescrever múltiplos psicofármacos sem alvo.

- Não avaliar risco de autoagressão.
- Registrar de forma pejorativa, como “manipulador” ou “difícil”.

Feedback sugerido

Orientar linguagem técnica, validação emocional e limites terapêuticos claros.

CASO
21

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

Transtorno de Personalidade Antissocial

Hipótese principal esperada

Transtorno de Personalidade Antissocial, com avaliação longitudinal e de risco.

Elementos mínimos do prontuário

Padrão persistente de violação de direitos, impulsividade, irresponsabilidade e ausência de remorso.

- História de conduta antes da vida adulta, quando disponível.
- Avaliação de risco para terceiros, legalidade, uso de substâncias e comorbidades.
- Diferenciais: uso de substâncias, mania, transtornos disruptivos, contexto social.
- Plano com manejo de risco, limites, rede e tratamento de comorbidades.

Psicofarmacologia e prescrição

Não há fármaco para o núcleo do transtorno. Cobrar tratamento de comorbidades e sintomas-alvo, com cautela quanto a abuso de substâncias e adesão. Evitar prescrição de medicações com potencial de uso inadequado sem justificativa forte.

Erros críticos

Não avaliar risco de violência ou exploração.

- Prescrever benzodiazepínico sem considerar risco de abuso.
- Basear diagnóstico em julgamento moral ou evento isolado.

Feedback sugerido

Solicitar descrição comportamental objetiva e plano de limites/segurança.

CASO
22

ÁLCOOL E SUBSTÂNCIAS

Transtorno por uso de álcool

Hipótese principal esperada

Transtorno por uso de álcool, com avaliação de gravidade, abstinência e comorbidades.

Elementos mínimos do prontuário

Padrão de consumo, quantidade, frequência, tolerância, fissura e perda de controle.

- Impacto familiar, ocupacional, clínico e social.
- Risco de abstinência, convulsões, delirium e comorbidades clínicas.
- Diferenciais/comorbidades: depressão, ansiedade, bipolaridade, hepatopatias, uso de outras substâncias.
- Plano com intervenção breve, redução de danos, desintoxicação quando necessária e prevenção de recaída.

Psicofarmacologia e prescrição

Cobrar avaliação de abstinência e necessidade de manejo seguro. Em prevenção de recaída, o aluno deve justificar naltrexona, acamprosato ou dissulfiram quando pertinentes, considerar contraindicações, exames, adesão e orientação. Tiamina deve ser lembrada em risco nutricional/uso pesado.

Erros críticos

Não rastrear abstinência grave.

- Prescrever dissulfiram sem adesão, supervisão e avaliação de contraindicações.
- Ignorar risco hepático, interações e comorbidades psiquiátricas.

Feedback sugerido

No 12º semestre, o aluno deve quantificar consumo e formular plano de seguimento, não apenas aconselhar “parar de beber”.