

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA

ELISSON BATISTA OLIVEIRA SILVA
ADRIANA DOS REIS GUIMARÃES

PSICOSE AGUDA

MACEIÓ
2024

ELISSON BATISTA OLIVEIRA SILVA
ADRIANA DOS REIS GUIMARÃES

PSICOSE AGUDA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à coordenação do
curso de Medicina da
Universidade Federal de Alagoas.

Orientador: Gerson Odilon Pereira

MACEIÓ
2024



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que os discentes Adriana dos Reis Guimarães (matrícula número: 18210930) e Elisson Batista Oliveira Silva (matrícula número:18211095), cumpriram todas as exigências para a realização do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), conforme “Normas para Produção do TCC”, aprovadas pelo colegiado do curso em 24 de julho de 2019. O TCC realizado pelos discentes acima, concluído em 11/07/2023, intitula-se: “Psicose Aguda”, que faz parte do livro “Urgências e Emergências Médicas”.

Maceió, 18 de janeiro de 2024.

Documento assinado digitalmente
gov.br REGINALDO JOSE PETROLI
Data: 07/06/2024 09:38:52-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Reginaldo José Petrolí
Coordenador de Trabalho de Conclusão de Curso
Faculdade de Medicina - FAMED/UFAL.
SIAPE: 1108003

Gerson Odilon Pereira

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS MÉDICAS

Maria Luiza da Silva Veloso Amaro
Sandrele Carla dos Santos
Tauani Belvis Garcez

sarvier

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Pereira, Gerson Odilon

Urgências e emergências médicas / Gerson Odilon Pereira ; organização Tauani Belvis Garcez, Maria Luiza da Silva Veloso Amaro, Sandrele Carla dos Santos. -- 1. ed. -- São Paulo : Sarvier Editora, 2023.

Bibliografia.

ISBN 978-65-5686-040-4

1. Emergências médicas 2. Emergências médicas - Manuais, guias, etc 3. Urgências médicas I. Garcez, Tauani Belvis. II. Amaro, Maria Luiza da Silva Veloso. III. Santos, Sandrele Carla dos. IV. Título.

CDD-616.025

23-166323

NLM-WB-100

Índices para catálogo sistemático:

1. Emergências médicas 616.025

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

Psicose Aguda

- Elisson Batista Oliveira Silva
- Janafna Cibele de Oliveira Bezerra
- Adriana dos Reis Guimarães

► DEFINIÇÃO

A psicose aguda é uma emergência médica descrita como um quadro psicótico repentino, evidente em minutos ou até em dias, não se prolongando por mais de um mês. É caracterizada como uma súbita anulação do contato com a realidade que pode causar prejuízo nas atividades da vida diária, bem como, riscos para o paciente e terceiros.

Em consonância com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) esse tipo de psicose pode apresentar-se como uma síndrome composta por: delírios; alucinações; pensamento confuso; agitação psicomotora; comportamento desorganizado ou catatônico (American Psychiatric Association (APA), 2014).

Vale ressaltar que o quadro de psicose aguda pode ser resultante de quadros patológicos, como: esquizofrenia; psicose por intoxicação de substâncias psicoativas; síndrome de abstinência; transtorno do humor; delirium e psicose orgânica ou síndrome cerebral orgânica (TROIS *et al.*, 2016).

► EPIDEMIOLOGIA

Sabe-se que a frequência do desenvolvimento de psicose aguda entre jovens na segunda ou terceira década de vida é aumentada, principalmente em mulheres (SADOCK *et al.*, 2017). No entanto, recentemente com o surgimento da pandemia da COVID-19 (Sars-Cov-2) em 2020, percebeu-se o aumento do número de pessoas com psicose aguda que foram atendidas em pronto-socorro psiquiátrico (SEGEV *et al.*, 2021, tradução nossa). Tais indivíduos eram previamente saudáveis, sem relato ou histórico de transtornos mentais, mas após receber o diagnóstico da COVID-19 desenvolveram o quadro de psicose aguda (SMITH *et al.*, 2020, tradução nossa).

► DIAGNÓSTICO

As singularidades de cada caso é um fator imprescindível para um diagnóstico preciso e, posteriormente, uma intervenção terapêutica eficaz (*apud* MATANA, 2021, tradução nossa).

Conforme o DSM-5, para diagnóstico de psicose aguda o paciente deve apresentar um ou mais dos sintomas a seguir: delírios, alucinações, discurso desorganizado e comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico. A presença de pelo menos um dos três primeiros sintomas citados é obrigatório e todo quadro deve ter duração inferior a um mês (American Psychiatric Association, 2014).

É importante ressaltar que a história necessária para a conclusão do diagnóstico, quando possível, não deve ser ouvida apenas do paciente, mas também de parentes e amigos onde os relatos costumam ser mais precisos (SADOCK *et al.*, 2017).

► DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

O diagnóstico diferencial da psicose aguda deve-se considerar as possíveis causas que podem desencadear o episódio como fatores tóxicos decorrentes à drogas recreativas, efeitos colaterais de medicamentos, fatores metabólicos, erros inatos do metabolismo, infecções, epilepsia, doenças genéticas ou neurodegenerativas e condições autoimunes ou inflamatórias (ROSEMBALTT *et al.*, 2020, tradução nossa).

Além disso, a duração dos sintomas psicóticos é relevante, uma vez que na psicose aguda não ultrapassa um período de um mês. Nos quadros clínicos em que o episódio psicótico se prorrogue por um tempo superior a trinta dias, hipóteses como esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno de humor com características psicóticas e transtorno delirante podem ser cogitadas (SADOCK *et al.*, 2017).

► MANEJO

O conhecimento inicial do quadro clínico do paciente psicótico e a identificação de situações de riscos em ambientes de urgência e emergência é primordial para um manejo eficaz e segurança de todos (TROIS *et al.*, 2016). Diante disso, é importante que a equipe envolvida no atendimento esteja bem engajada e entenda que esses pacientes geralmente se apresentam emocionalmente fragilizados, com expectativas e fantasias que distanciam-o da realidade e que podem interferir no tratamento (SADOCK *et al.*, 2017).

Nesse contexto, recomenda-se que a abordagem do médico junto ao paciente psicótico na sala de urgência e emergência seja acolhedora, clara e objetiva, iniciando sempre com a identificação do profissional como médico e, posteriormente, demonstração de seu interesse em entender e solucionar o caso.

Em contraponto, quando o paciente encontra-se irredutível, agitado e com potencial de agressividade para machucar a si próprio e aos profissionais que estão realizando o atendimento, deve ser analisada a necessidade de contenção física, somente pelo período necessário para administração farmacológica e estabilização do quadro (GOMES *et al.*, 2014). Na figura 01 observa-se um algoritmo que demonstra o manejo de pacientes com agitação psicomotora.

Nesse panorama, o médico deve ser transparente em sua conduta e a decisão de internação, uso de medicamentos e planejamento da terapia pode perpassar por responsáveis, ou pelo próprio paciente a depender do grau da psicose, com intuito de definir a melhor abordagem para o caso (SEIKKULA *et al.*, 2022, tradução do autor).

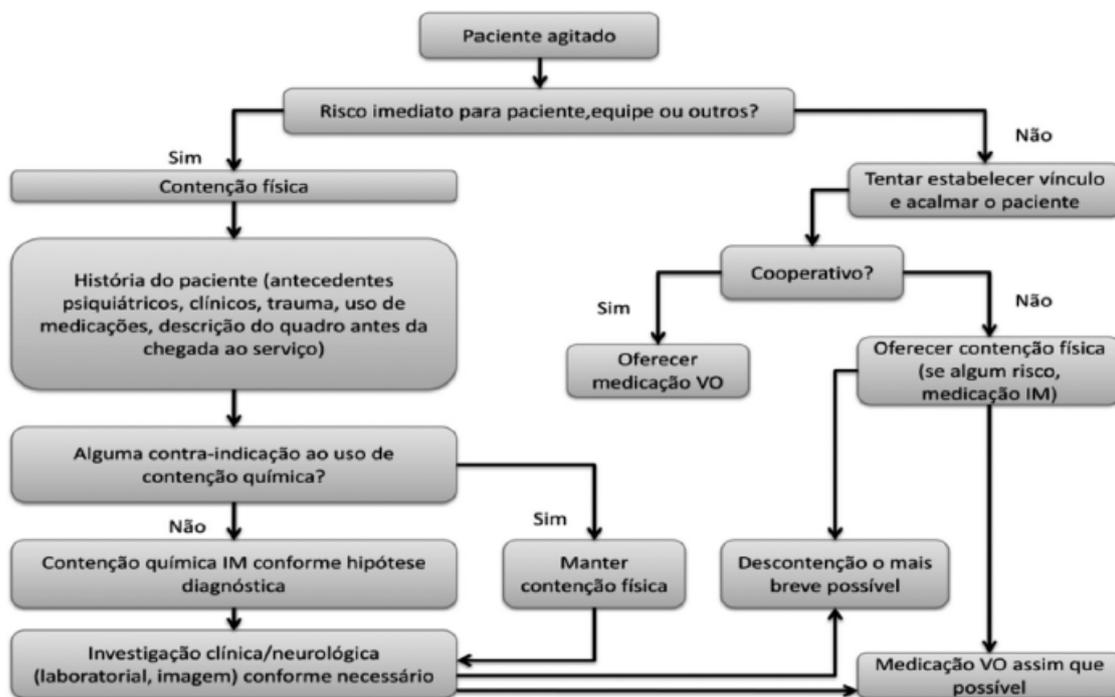


Figura 01 Manejo de pacientes com agitação psicomotora. Fonte: MARTINS H.S; DAMASCENO M.C.T; AWADA S.B. Pronto-Socorro: Conduas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Manole. 2007, p. 799.

► TRATAMENTO

A medida primária do tratamento da psicose aguda em serviços de emergências é a estabilização do quadro, uma vez que o declínio dos sintomas não é prontamente estabelecido, podendo levar dias ou semanas para ocorrer. A intervenção farmacológica leva em consideração o grau de gravidade da crise psicótica, bem como, a presença de agitação psicomotora (TROIS *et al.*, 2016).

Em quadros de psicose sem agitação psicomotora em que o paciente encontra-se colaborativo pode ser administrado 1 comprimido (cp) de Haloperidol 5mg via oral (VO) ou 1 cp de Risperidona 1mg VO ou 1 cp de Olanzapina 5mg VO. Se necessário repetir entre 30 a 40 minutos por no máximo 3 vezes. No entanto, caso o paciente esteja inquieto e exaltando-se progressivamente (com risco iminente de agitação psicomotora) pode ser administrado por via intramuscular (IM) Haloperidol de 2,5 a 5mg ou por VO Clorpromazina 25mg.

Na consolidação do episódio psicótico com presença de agitação psicomotora a conduta inicial baseia-se na contenção mecânica para a realização segura e eficaz da contenção química. A imobilização do paciente deve ser realizada por uma equipe treinada e composta por no mínimo cinco pessoas sendo uma pessoa destinada para contenção da cabeça e as demais para os membros inferiores e superiores, vale ressaltar, que o paciente contido deve ser monitorado de maneira sistemática para avaliação

dos sinais vitais, nível de consciência e verificação da circulação nos locais de contenção (VELASCO *et al.*, 2022).

No que concerne a realização da contenção química ocorre por meio do uso IM de Haloperidol 2,5 a 5mg, sendo que, para potencializar o efeito sedativo e reduzir os sintomas extrapiramidais pode ser associado uma ampola de Prometazina 50mg IM. A administração de haloperidol pode ser repetida entre 40 a 60 minutos até atingir o efeito sedativo desejado. A Clorpromazina 25mg IM pode ser utilizada em substituição do Haloperidol, tal como, a Olanzapina 10mg IM. Porém, este último fármaco é pouco utilizado em serviços de emergência devido ao seu elevado custo (*apud* TROIS *et al.*, 2016).

Logo, realizada a contenção mecânica e química do paciente, cabe ao médico reavaliar o quadro, desse modo encaminhar para Unidades básicas de saúde (UBS) ou centros de atenção psicossocial (CAPS) e, em casos graves recomenda-se internação psiquiátrica em serviço de referência. Caso não seja necessária a hospitalização, é imprescindível dar as devidas orientações à família ou seu responsável legal para que o mesmo seja acompanhado em um serviço eletivo de assistência psiquiátrica para seguimento da terapêutica adequada (TROIS *et al.*, 2016).

► CONSIDERAÇÕES FINAIS

O paciente com quadro agudo de psicose na emergência irá envolver uma avaliação completa para descartar causas orgânicas e outros diagnósticos diferenciais. Dessa maneira, deve-se proceder com o uso de antipsicóticos com a finalidade de adequar a intervenção diante das formas apresentadas, conseqüentemente, é obrigatório monitorar os batimentos cardíacos, o pulso e a frequência respiratória, a fim de observar os possíveis efeitos colaterais dos fármacos usados e se for necessário reverter tais complicações.

É indispensável efetuar o registro no prontuário do paciente sobre as condições físicas, estado mental, seu diagnóstico, as drogas administradas (horários e dosagens), o desfecho do atendimento e os parâmetros utilizados para o encaminhamento. Diante do exposto, vale reforçar a relevância de direcionar o paciente a assistência especializada para dar seguimento ao seu tratamento e acompanhamento. Por fim, a conduta adequada de quadros psicóticos na emergência são essenciais para minimizar os riscos de piora e deterioração do paciente.

► REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- GOMES, Carolina Godoy; TONIAZZO, Paula Bedin; SPANEMBERG, Lucas. *Abordagem e manejo inicial do paciente psicótico na emergência*. Porto Alegre: Acta méd (Porto Alegre), 2014, p. [5]-[5].
- MATANA, C.; IENSEN, S. A. L. *Fundamentos psicanalíticos na construção da subjetividade na Psicose*. Research, Society and Development. Santa Maria, RS: 2021, v. 10, n. 10, p. e136101018738-e136101018738.

- MARTINS H.S; DAMASCENO M.C.T; AWADA S.B. **Pronto-Socorro: Condutas do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. Manole. 2007, p. 799.
- SADOCK, BJ; SADOCK, V; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- SEGEV, A.; HIRSCH-KLEIN, E.; KOTZ, G.; KAMHI-NESHER, S.; HALIMI, S.; QASHU, K.; SCHREIBER, E.; KRIVROY, A. *et al.* **Trends of new-onset psychosis or mania in psychiatric emergency departments during the COVID19 pandemic: a longitudinal comparative study**. Scientific Reports, Israel: 2021, v. 11, n. 1, p. 21002.
- SEIKKULA, J.; ALAKARE, B.; AALTONEN, J.; **Diálogos abertos em psicose, parte 1: introdução e relato de um caso**. Tornio, Finlândia: Nova perspectiva sistêmica, 2022. v. 31, n. 72, p. 7-22.
- SMITH, C. M; KOMISAR, J. R.; MOURAD, A.; KINCAID, B. R. *et al.* **COVID-19-associated brief psychotic disorder**. BMJ Case Reports CP, North Carolina, USA: 2020, v. 13, n. 8, p. e236940
- TROIS, Isabela Monteiro; BARROS, Rosana Tofani de; PACHECO, Marco Antônio. **Psicose: diagnóstico e manejo inicial**. Porto Alegre: Acta méd., 2016, p. [7]-[7].
- VELASCO, I.; BRANDÃO NETO, R; SOUZA, H.; MARINO, L.; MARCHINI, J; ALENCAR, J. **Medicina de Emergência: Abordagem Prática**.16.ed. São Paulo: MANOLE, 2022.