



Maude Adams como Joana D'Arc, gravura de Alphonse Mucha, 1920.

Quadros psicóticos agudos e transitórios

Protocolo Clínico

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para o tratamento de pessoas em situação de psicose aguda e transitória.

Sistema Único de Saúde
Estado de Santa Catarina, 2015.



1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

A CID-10 acomoda na classificação dos quadros psicóticos agudos e transitórios um grupo heterogêneo de transtornos caracterizados por início agudo de sintomas psicóticos: delírios, alucinações e alterações perceptivas e grave alteração do comportamento. Conceitua-se como início agudo o desenvolvimento progressivo de um quadro clínico claramente anormal, ao longo de 2 semanas ou menos. Para estes quadros não há evidência de causa orgânica.

A recuperação completa ocorre normalmente dentro de alguns meses, com frequência em algumas semanas ou mesmo dias. Caso o transtorno persista, será necessária mudança no diagnóstico. O transtorno pode ou não estar associado a fatores supostamente desencadeantes ou a situações de estresse agudo (dentro de 1 a 2 semanas do início do quadro).

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F23 Transtornos psicóticos agudos e transitórios

Grupo heterogêneo de transtornos caracterizados pela ocorrência aguda de sintomas psicóticos tais como ideias delirantes, alucinações, perturbações das percepções e por uma desorganização maciça do comportamento normal. O termo “agudo” é aqui utilizado para caracterizar o desenvolvimento crescente de um quadro clínico manifestamente patológico em duas semanas no máximo. Para estes transtornos não há evidência de uma etiologia orgânica. Acompanham-se frequentemente de uma perplexidade e de uma confusão, mas as perturbações de orientação no tempo e no espaço e quanto à pessoa não são suficientemente constantes ou graves para responder aos critérios de um delirium de origem orgânica (F05.-). Em geral estes transtornos se curam completamente em menos de poucos meses, freqüentemente em algumas semanas ou mesmo dias. Quando o transtorno persiste o diagnóstico deve ser modificado. O transtorno pode estar associado a um “stress” agudo (os acontecimentos geralmente geradores de “stress” precedem de uma a duas semanas o aparecimento do transtorno).

F23.0 Transtorno psicótico agudo polimorfo, sem sintomas esquizofrênicos

Transtorno psicótico agudo que comporta alucinações, ideias delirantes ou perturbações das percepções manifestas, mas muito variáveis, mudando de dia para dia ou mesmo de hora para hora. Existe freqüentemente uma desordem emocional que se acompanha de sentimentos intensos e transitórios de felicidade ou de êxtase, ou de ansiedade e de irritabilidade. O polimorfismo e a instabilidade são a característica do quadro clínico. As características psicóticas não correspondem aos critérios diagnósticos da esquizofrenia (F20.-). Estes transtornos têm freqüentemente um início repentino, desenvolvendo-se em geral rapidamente no espaço de poucos dias e desaparecendo também em geral rapidamente, sem recidivas. Quando os sintomas persistem, o diagnóstico deve ser modificado pelo de transtorno delirante persistente (F22.-). Inclui o bouffée delirante e a psicose cicloide sem sintomas de tipo esquizofrênico.

F23.1 Transtorno psicótico agudo polimorfo, com sintomas esquizofrênicos

Transtorno psicótico agudo caracterizado pela presença do quadro clínico polimorfo e instável descrito em F23.0, mas comportando além disso, e apesar da instabilidade do quadro clínico, alguns sintomas tipicamente esquizofrênicos, presentes durante a maior parte do tempo. Quando os sintomas esquizofrênicos persistem, o diagnóstico deve ser modificado pelo de esquizofrenia (F20.-). Inclui o bouffée delirante com sintomas de esquizofrenia e a psicose ciclóide com sintomas de esquizofrenia.

F23.2 Transtorno psicótico agudo de tipo esquizofrênico (*schizophrenia-like*)

Transtorno psicótico agudo caracterizado pela presença de sintomas psicóticos relativamente estáveis e justificam o diagnóstico de esquizofrenia (F20.-), mas que persistem por menos de um mês. As características polimorfas instáveis descritas em F23.0 estão ausentes. Quando os sintomas persistem, o diagnóstico deve ser modificado pelo de esquizofrenia (F20.-). Inclui o ataque esquizofreniformes, a psicose esquizofreniformes breve, esquizofrenia aguda indiferenciada, a onirofrenia e a reação esquizofrênica.

Exclui: o transtorno orgânico delirante [tipo esquizofrênico] (F06.2) e os transtornos esquizofreniformes SOE (F20.8).

F23.3 Outros transtornos psicóticos agudos, essencialmente delirantes

Transtorno psicótico agudo, caracterizado pela presença de idéias delirantes ou de alucinações relativamente estáveis, mas que não justificam um diagnóstico de esquizofrenia (F20.-). Quando as idéias delirantes persistem, o diagnóstico deve ser modificado pelo de transtorno delirante persistente (F22.-). Inclui a psicose paranoica psicogênica e a reação paranoica.

F23.8 Outros transtornos psicóticos agudos e transitórios

Todos os outros transtornos psicóticos agudos especificados, para os quais não há evidência de uma etiologia orgânica, e que não justificam a classificação em F23.0-.3.

F23.9 Transtorno psicótico agudo e transitório não especificado

Inclui a psicose reativa breve SOE e a psicoses reativas.

3. DIAGNÓSTICO

Os critérios diagnósticos são os da CID-10 para a o código F23. Um trabalho de diferenciação diagnóstica é fundamental, pois estas codificações são difíceis, uma vez que os quadros são muito parecidos com os de episódios e surtos psicóticos incluídos em outros grupos classificatórios.

Episódios psicóticos agudos podem ocorrer em diversas situações, por causas diferentes. Podem representar, por exemplo, um primeiro surto de esquizofrenia, um primeiro episódio maníaco ou depressivo grave, um estado transitório causado por substâncias psicoativas ou um estado de *delirium*.

Deve-se, pois, fazer um primeiro diagnóstico diferencial entre as psicoses ditas funcionais e as ditas orgânicas ou sintomáticas. Entre as primeiras incluem-se, além dos transtornos psicóticos agudos e transitórios, os surtos esquizofrênicos, reagudizações e recrudescimento de transtornos delirantes paranoides, e episódios de transtornos de humor (maníacos ou depressivos graves) com sintomas psicóticos. Nestes quadros, como regra, não ocorrem alterações da consciência.

As manifestações psicóticas orgânicas aparecem como manifestação sintomática de alguma lesão, doença ou intoxicação. Em geral decorrem de infecções, intoxicações por substâncias exógenas ou desordens metabólicas e têm como sintoma central a alteração da consciência. O diagnóstico diferencial, portanto, implica em distinguir dos quadros classificáveis como F2 e F3, distinguir das intoxicações e distinguir do *delirium*.

Muitas vezes o primeiro episódio de um processo psicótico ou de um transtorno recorrente, quando pouco intenso, é negligenciado nas primeiras horas ou mesmo nos primeiros dias. Dificilmente se apresentam nos serviços de saúde de forma voluntárias. São levados por familiares, amigos ou outras pessoas. Nas emergências, a postura do paciente, indiferente ao atendimento, ou recusando-o, contrasta com a de quem o conduz ao serviço de saúde.

Crises esquizofreniformes podem ser complicados por condutas suicidas ou para-suicidas¹. O risco de suicídio é maior nos primeiros anos de manifestações do transtorno².

Quadros psicóticos agudos bastante graves podem ser vistos em episódios maníacos nos quais haja abuso simultâneo de substâncias psicoativas. Nestes casos, a identificação do tipo de droga utilizada é importante.

Descartadas as possibilidades de o quadro ser um delirium, ser um novo surto de processo esquizofrênico, ou ser um episódio afetivo, pode-se pensar em transtorno psicótico agudo e transitório.

Nos transtornos psicóticos agudos e transitórios sintomas de perplexidade e confusão estão frequentemente presentes, embora as desorientações autopsíquica (em relação à pessoa) e alopsíquica (temporal e espacial) não sejam suficientemente persistentes ou graves para justificar o diagnóstico de delirium orgânico (F05.).

Os transtornos psicóticos agudos e transitórios têm como características básicas³:

1. Início agudo, em menos de 2 semanas, com a transição de um estado sem sintomas psicóticos para um estado francamente psicótico;

2. Presença de síndromes características, incluindo-se: (a) estados polimórficos (sintomas variáveis que se modificam rapidamente) característicos de psicoses agudas descritas em diversos países e (b) sintomas característicos da esquizofrenia;

3. Presença ou ausência de estresse agudo durante as 2 semanas que antecedem o início dos sintomas psicóticos;

4. Recuperação completa após 1 a 3 meses de evolução.

O diagnóstico não prescinde da coleta de uma história pregressa e atual completas (incluindo os dados sobre drogas utilizadas), o exame do estado mental, o exame físico (se houver condições de segurança para tal).

4. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

a) Quadros em que foram descartados processos esquizofrênicos, transtornos afetivos, delirium e efeitos exclusivos de substâncias psicoativas;

b) Hipersensibilidade aos fármacos.

¹ Condutas de consequências não fatais, com prática deliberada de comportamentos que causem dano pessoal. Os gestos de para-suicídio imita assim o gesto suicida, mas usam métodos de baixa letalidade (medicamentos, cortes superficiais). A sua detecção e encaminhamento pode evitar um gesto suicida fatal. Vide: SERRANO, A.I. **Chaves do óbito autoprovocado**: sua prevenção, assistência e gestão em saúde pública. Florianópolis: Insular, 2008.

² BYRNE, P. Managing the acute psychotic episode. **BMJ** 2007;334:686. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39148.668160.80>. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1839209/>.

³ SALLET, P. C.; FRITZEN, F.M.; FUKUDA, L.E. Síndromes psicopatológicas: transtornos psicóticos breves, transtorno esquizoafetivo e transtorno delirante. **Clin Psiq S5 C54**, 2/23/11. Disponível em: http://consultapsiquiatria.com.br/material/S05C54_SALLET_CapituloLivroIPq2011.pdf.

5. CASOS ESPECIAIS

Os riscos são maiores nos casos de crianças, idosos frágeis, gravidez, concomitante demência por corpos de Lewy e outras doenças simultâneas. Em tais casos é importante atentar para as complicações no uso de psicofármacos: perda de consciência, obstrução aérea, depressão respiratória, hipotensão, colapso cardiovascular, convulsões, efeitos extrapiramidais, síndrome neuroléptica maligna⁴.

6. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Unidades básicas de saúde (UBS), centros de atenção psicossocial (CAPS), unidades de pronto atendimento (UPA), prontos-socorros hospitalares (PS), serviços de atendimento móvel de urgência (SAMU). Em casos muito graves poderá haver necessidade de internação em hospital geral ou em hospital especializado.

7. TRATAMENTO

Nos prontos-socorros a tranquilização rápida, quando há agitação ou grande ansiedade, fazendo uma sedação discreta, pode reduzir os riscos contra si e contra terceiros e permitir um exame mais demorado do paciente e uma coleta de dados mais profunda com acompanhantes⁵. Haloperidol é a droga de escolha para a tranquilização rápida⁶. O uso oral de medicações deve ter preferência sobre o parenteral. Em casos muito graves injeta-se de 2,5 a 5 mg de haloperidol por via intramuscular. Repetir após cada hora, se necessário, embora intervalos de 4 a 8 horas sejam satisfatórios. Tão logo seja possível, esta via deve ser substituída pela via oral.

Com haloperidol não fica descartado o uso simultâneo de biperideno, oral ou intramuscular, para evitar efeitos extrapiramidais.

A clorpromazina também tem bons efeitos, nas doses de 25 a 100 mg, repetida dentro de 1 a 4 horas, até cederem os sintomas^{7, 8, 9}.

⁴ GAVIN, Blanaid; TURNER, Niall; O'CALLAGHAN, Eadbhard; ICGP; **Quality in Practice Committee. Early Psychosis: diagnosis & management from a GP perspective.** (Irlanda): Irish College of General Practitioners, ICGP, 2011. Disponível em: <<http://www.icgp.ie/go/library/catalogue/item/F70DD4C1-8E09-42CC-87428F0A18670101>>.

⁵ THOMAS, H.; KNOTT, L.; BONSALL, A. **Rapid Tranquilisation.** Yeadon: Egton Medical Information Systems Limited, 2012. Disponível em: <<http://www.patient.co.uk/doctor/Rapid-Tranquilisation.htm>>.

⁶ ADAMS, C.E.; BERGAMAN, H.; IRVING, C.B.; LAWRIE, S. **Cochrane Database Syst Rev.** 2013 Nov 15;11:CD003082. doi: 10.1002/14651858.CD003082.pub3. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24242360>>.

⁷ ADAMS, C.E. Chlorpromazine for schizophrenia: a Cochrane systematic review of 50 years of randomized controlled trials. **BMC Med.** 2005 Oct 17;3:15. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16229742>>.

⁸ TURNER T. Chlorpromazine: unlocking psychosis. **BMJ** (Clinical Research Ed). 2007;334 (suppl 1): s7. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39034.609074.94>. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/334/suppl_1/s7>.

⁹ ADAMS, C. et al. Chlorpromazine versus placebo for schizophrenia. **Cochrane Database Syst Rev.** 2014 Jan 6;1:CD000284. doi: 10.1002/14651858.CD000284.pub3. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24395698>>.

A levomepromazina, outro paradigma da década de 1950, continua sendo tendo indicação. É bastante sedativa e tem boa utilidade em pacientes insones¹⁰, quando administrada à noite, para psicóticos que estão em um período excessivamente ativo durante horários em que os familiares dormem. Tem utilidade à noite, principalmente, nos casos de psicoses com insônia e com agitação noturna. Na manutenção ela só seria indicada para uso noturno, em pacientes com grave insônia por fatores psicóticos, pois não é interessante usá-la durante o dia, em tratamento regular¹¹.

Em caso de negativa ou dificuldade de ingestão oral, ou em prontossocorros, a medicação pode ser administrada por via intramuscular. Misturas de benzodiazepínicos com neurolepticos, principalmente na mesma seringa, são contraindicadas. Há cuidados básicos que devem ser observados rigorosamente, pois é comum a prescrição de clorpromazina e prometazina por via intramuscular. Eventualmente ocorre a mistura de ambas e sua aplicação num único local, como o deltoide. Quando da mistura temos a ocorrência de mudanças de pH e da química dos fármacos. A mistura gera um volume total de 7 ml, extremamente inadequado para um músculo suportar. Pode ocorrer demora na absorção e consequente demora na ação, além da dor provocada pela irritação que os fármacos causam no músculo. Há, inclusive, risco de se formar um abscesso. Deve-se, pois, usar sempre a região glútea, quando a injeção for volumosa, aplicando-a de forma lenta e profunda. Não se deve misturar os fármacos na mesma seringa. Deve-se aplicá-los separadamente, em regiões glúteas diferentes¹².

Medicações para quadros psicóticos de urgência e emergência

Fármaco	Tempo de concentração máxima	Meia vida aproximada
Haloperidol IM	15-60 min	10-36 h
Haloperidol solução	2-6 h	10-36 h
Haloperidol comprimidos	2-6 h	10-36 h

Na sequência, após o atendimento de urgência, o tratamento em CAPS ou em unidade básica pode manter haloperidol via oral. As doses variam de 5 a 15 mg/dia, devendo ser reduzidas até o nível mais baixo de efetividade, a partir da observação dos sintomas.

Pode-se usar, alternativamente, a clorpromazina: 50 a 600 mg/dia, em 2 a 6 tomadas, ajustando a dose de forma gradual conforme a necessidade e tolerância. Os pacientes geriátricos e debilitados requerem uma dose menor. A dose máxima é de 1 grama diário. As doses de manutenção podem ser diminuídas gradativamente, até a retirada, após um mês, dependendo da sintomatologia.

¹⁰ PINTO JR, Luciano Ribeiro et al . New guidelines for diagnosis and treatment of insomnia. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo , v. 68, n. 4, ago. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2010000400038&lng=pt&nrm=iso>.

¹¹ SIVARAMAN, P.; RATTEHALLI, R.D.; JAYARAM, M.B. Levomepromazine for schizophrenia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2010, Issue 10. Art. No.: CD007779. DOI: 10.1002/14651858.CD007779.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007779.pub2/abstract>>.

¹² MARCOLAN, João Fernando; URASAKI, Maristela B. M.. Orientações básicas para os enfermeiros na ministração de psicofármacos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 32, n. 3, Oct. 1998 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62341998000300004&lng=en&nrm=iso>, e em: <<http://www.ee.usp.br/reecusp/upload/html/436/body/v32n3a04.htm>>.

Flufenazina¹³ e tioridazina¹⁴, presentes nas Relações Municipais de Medicamentos (REMUME) de alguns municípios, seriam também escolhas eficazes e baratas.

O cloridrato de flufenazina (apresentado em comprimidos de 5 mg) é neuroléptico incisivo, menos sedativo do que a clorpromazina e do que o haloperidol, com bons efeitos sobre psicoses de sintomas negativos e sobre delírios, desde que monitorado em relação aos efeitos colaterais^{15,16}.

Tem reações extrapiramidais pronunciadas, devendo-se receitar biperideno concomitantemente, para prevenir tremores, discinesia, acatisias e distonias. Por muitos anos a flufenazina foi utilizada em saúde pública, mas é difícil encontrá-la no comércio, atualmente, por ser pouco lucrativa para os fabricantes. Seria uma boa opção para as relações estaduais e municipais de medicamentos.

O enantato de flufenazina (vendido em ampolas de 25 mg, de uso semanal) e o decanoato de haloperidol (ampolas de 50 mg de uso mensal) são apresentações medicamentosas de liberação lenta, a serem utilizadas em pessoas que não aceitam tomar comprimidos e que, por isso, não aderem ao tratamento¹⁷.

A tioridazina é um fenotiazínicos, utilizável em doses de 50 a 300 mg por dia. Muitos pacientes adaptavam-se bem a este fármaco e tiveram dificuldades, nos países em que ele foi retirado abruptamente do comércio, por ser barato e gerar pouco lucro aos fabricantes¹⁸. No Brasil ainda se pode conseguir tioridazina.

A risperidona não tem superioridade terapêutica em relação aos típicos, mas seus efeitos colaterais menos pronunciados fazem dela uma indicação possível, inclusive em psicoses de adolescentes¹⁹. Como neuroléptico atípico, seria outra opção, já utilizada na

¹³ DAVID, A. Depot fluphenazine decanoate and enanthate for schizophrenia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2004, Issue 2. Art. No.: CD000307. DOI: 10.1002/14651858.CD000307. Disponível em: <<http://www.biototecacochrane.com/pdf/CD000307.pdf>>.

¹⁴ COSTALL, B.; NAYLOR, R.J. Detection of the neuroleptic properties of clozapine, sulpiride and thioridazine. **Psychopharmacologia**, Volume 43, Issue 1, pp 69-74. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/BF00437617>>.

¹⁵ MATAR, H.E.; ALMERIE, M.Q.; SAMPSON, S. Fluphenazine (oral) versus placebo for schizophrenia. **Cochrane Database Syst Rev**. 2013 Jul 17;7:CD006352. doi: 10.1002/14651858.CD006352.pub2. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23861067>>.

¹⁶ TARDY, M.; HUHN, M.; ENGEL, R.R.; LEUCHT, S. Fluphenazine versus low-potency first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2014, Issue 8. Art. No.: CD009230. DOI: 10.1002/14651858.CD009230.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009230.pub2/abstract;jsessionid=93F0CE16D8472837870B2369D5A71FF7.f03t03?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>>.

¹⁷ TEIXEIRA, Mariana Bertini, et al. Perfil comparativo do custo do tratamento entre pró-fármacos e os seus fármacos precursores. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, 2013;34(2):223-228. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/2278/1404>.

¹⁸ PURHONEN, Maija; Koponen, H.; Tiihonen, J.; Tanskanen, A. Outcome of patients after market withdrawal of thioridazine: A retrospective analysis in a nationwide cohort. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**, Vol. 21, Issue 11, pages 1227–1231, November 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pds.3346/abstract;jsessionid=AC44E62656FBCDD1A5E067A101CF78EA.f03t01?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>>.

¹⁹ KUMAR, A.; DATTA, S.S.; WRIGHT, S.D.; FURTADO, V.A.; RUSSELL, P.S. Atypical antipsychotics for psychosis in adolescents. **Cochrane Database of Systematic Reviews** 2013, Issue 10. Art. No.: CD009582. DOI: 10.1002/14651858.CD009582.pub2. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009582.pub2/pdf>>.

esquizofrenia, que no futuro poderá vir a ser incluída numa lista mais ampla de indicações, na medida que sua relação custo-benefício mostre-se favorável.

A remoção de estressores que porventura estejam influenciando sobre o quadro poder ter efeitos. Daí a importância de um seguimento psicossocial, com um olhar à vulnerabilidade da pessoa.

8. MONITORIZAÇÃO

Durante a sedação, no atendimento de urgência, deve-se monitorar os batimentos cardíacos, o pulso e a frequência respiratória. Sua transferência ou alta do serviço de emergência devem ser feitas quando houver acompanhamento, após estabilidade psíquica relativa e em boas condições respiratórias, monitorar efeitos extrapiramidais. Os efeitos extrapiramidais dos neurolépticos, em especial do haloperidol precisam ser monitorados, especialmente nos tratamentos de manutenção, em longo prazo. Tais efeitos podem ser facilmente prevenidos pelo uso concomitante de biperideno. Em situações de urgência também se pode resolver a liberação extrapiramidal aguda por biperideno intramuscular.

Deve-se registrar no prontuário a condição física do paciente, seu diagnóstico, as drogas aplicadas (com sua sequência e dosagens), o desfecho do atendimento e as medidas tomadas para o encaminhamento.

É interessante, para propiciar boa monitorização, registrar no prontuário a condição física do paciente, seu diagnóstico, as drogas aplicadas (com sua sequência e dosagens), o desfecho do atendimento e as medidas tomadas para o encaminhamento.

Se o atendimento for em unidade de emergência, o ideal é combinar, com um CAPS, com a unidade básica ou outro serviço de referência, e com a família, o seguimento do tratamento, com consulta a ser marcada em curtíssimo prazo. Um quadro agudo e transitório responde bem a consultas com curtos intervalos. Se necessário, as consultas, nos primeiros dias, podem ser diárias, passando a semanais e a quinzenais na medida em que os sintomas vão abrandando. Uma vez que a crise tenha passado totalmente, é interessante manter um contato com o serviço, para fins preventivos, evitando novos episódios psicóticos.