

PSICOSE: DIAGNÓSTICO E MANEJO INICIAL

Isabela Monteiro Trois
Rosana Tofani de Barros
Marco Antônio Pacheco

UNITERMOS

TRANSTORNOS PSICÓTICOS

KEYWORDS

PSYCHOTIC DISORDERS

SUMÁRIO

Este artigo visa esclarecer a abordagem inicial e o tratamento das psicoses enquanto ainda em sala de emergência.

SUMMARY

This article aims to clarify the initial approach and treatment of psychosis while still in the emergency room.

INTRODUÇÃO

Psicose, do ponto de vista fenomenológico, é uma condição mental caracterizada pela perda de capacidade do indivíduo de perceber e interagir com a realidade externa, podendo ocorrer de forma aguda, transitória ou crônica. Está presente tanto em quadros psiquiátricos quanto em patologias orgânicas diversas.

APRESENTAÇÃO NA EMERGÊNCIA

Psicoses Agudas

Caracterizam-se pela perda abrupta do contato com a realidade, tornando-se clinicamente perceptíveis em minutos, horas ou dias.¹ São síndromes que se manifestam na forma de alucinações, delírios, pensamento desorganizado, comportamento pouco usual, inquietação, agitação psicomotora e, algumas vezes, na forma catatônica. Podem estar presentes nas seguintes condições médicas²:

1. Esquizofrenia: na fase aguda ou produtiva da doença, através de delírios de grandeza, paranoides ou místicos. Apresentam também alucinações auditivas, como vozes de comando, alucinações visuais e comportamento bizarro, catatônico ou agitação psicomotora.
2. Transtornos de Humor: em episódios maníacos com sintomas de euforia, aceleração do pensamento, delírios de grandeza e agitação. Em episódios depressivos com sintomas de tristeza profunda, irritação, anedonia, pensamentos de ruína e lassidão.
3. Psicoses induzidas por intoxicação de substâncias psicoativas: euforia, aceleração do pensamento, comportamento inadequado, podendo ocorrer delírios e alucinações.
4. Delirium: caracterizado por flutuação do nível de consciência, alternando sonolência profunda com alucinações e delírios. Comuns em situações pós-operatórias, ou em pessoas debilitadas por outras doenças.
5. Síndromes de abstinência: pacientes em abstinência de substâncias psicotrópicas podem apresentar psicose. Delirium tremens, causado por abstinência alcoólica, é a mais grave. Instala-se em 24h-48h após abstinência e pode levar à morte em até 30% dos casos.
6. Psicose orgânica ou Síndrome cerebral orgânica: causada por condições médicas não-psiquiátricas, como doenças da tireoide, encefalites, insuficiência hepática, traumas ou processos expansivos crânio-encefálicos e doenças autoimunes. A maior chance de erro médico em emergência psiquiátrica é tratar um paciente com uma doença não-psiquiátrica como caso puramente psiquiátrico.

Psicoses Transitórias Breves

São dinâmicas, reativas e podem durar horas ou dias, geralmente mais brandas, sem alucinações. Comuns em pacientes com organização de personalidade limítrofe, quando enfrentam dificuldades nas relações interpessoais^{1,2}. Podem fracassar no teste de realidade, na capacidade de pensar e descarregam seus impulsos diretamente na área motora. Ficam propensos a atos suicidas, homicidas, agressões verbais e/ou físicas. São comuns também o auto-flagelo como cortes na pele ou o bater a cabeça na parede, respondendo até com agitação psicomotora.

Pessoas consideradas saudáveis e sem diagnóstico psiquiátrico prévio, diante de situações de estresse de grande magnitude, podem apresentar sintomas psicóticos transitórios ou desenvolver distúrbios de estresse pós-traumáticos.

Psicoses Crônicas

Psicoses crônicas geralmente são caracterizadas por sintomas residuais crônicos de doenças mentais tais como esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo ou transtorno afetivo bipolar. Também podem estar presentes em pacientes com déficit cognitivo grave, como no retardo mental e nas demências³. Tais pacientes apresentam um deterioramento global das funções mentais, com incapacidade de se autogerir e pensamento desorganizado. Geralmente os delírios e alucinações são constantes e, muitas vezes, perturbam menos estes pacientes do que aqueles com quadros agudos. Costumam vir à emergência trazidos por seus cuidadores devido à exaustão familiar. Em alguns casos, são internados para ajuste de medicação ou para a família poder se reabilitar da exaustão.

CONDUTAS NA EMERGÊNCIA

O principal objetivo do tratamento das psicoses em emergências é a estabilização do quadro, visto que a remissão dos sintomas, quando ocorre, nunca é imediata, podendo levar dias a semanas.

Todos têm um componente psicótico na personalidade; o que determina o grau de psicose é o quanto este predomina no indivíduo. Uma pessoa em surto psicótico esquizofreniforme, por exemplo, pode perder total controle sobre si mesmo. Para organizar o manejo da psicose em salas de emergência, em um primeiro momento deve-se discriminar o tipo de situação que está a sua frente.

CONSULTA ELETIVA NA EMERGÊNCIA

Geralmente são casos de psicose crônica⁴. É aquela em que não há urgência, mesmo o paciente estando psicótico. Por exemplo, pacientes com história de doença mental como transtorno bipolar ou esquizofrenia que vão à emergência para discutir diagnóstico, rever medicação, buscar receitas, mas estão relativamente bem amparados, cuidados e contidos. Outros casos são de pacientes asilares, psicóticos crônicos ou demenciados, cujos cuidadores, por variadas razões, os trazem às emergências para fins de institucionalização. Neste caso a conduta deve ser a psicoeducação, ou seja, orientação a seguir tratamento vinculado ao ambulatório ou a seu psiquiatra assistente.

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Pode englobar tanto caso de psicose aguda como transitória. Os casos de urgência são aqueles em que a intervenção não é prioritariamente imediata, podendo ocorrer em dias ou semanas. São pacientes psicóticos devido a doença mental como esquizofrenia ou transtorno de humor. Podem estar com pensamento desorganizado, assim como apresentar delírios e/ou alucinações,

mas são capazes de manter impulsos psicóticos em nível aceitável, aliado a um suporte familiar adequado^{4,5}.

A conduta deve ser de intervenção psicofarmacológica.

- - Haloperidol 5mg, 1 comprimido (cp) via oral (VO) ou Risperidona 1mg, 1 cp VO ou Olanzapina 5mg 1 cp VO se o paciente, mesmo com discurso psicótico, se mantiver relativamente calmo em contato com o médico:
- - Clorpromazina 25mg VO ou Haloperidol 5mg intramuscular (IM) caso o paciente esteja muito inquieto e progressivamente se exaltando.
- - Encaminhamento para consulta em ambulatório de Psiquiatria.

Nas situações de urgência, também encontramos pacientes sem história de doença mental psicótica ou com organização de personalidade limítrofe. Ameaçam suicídio e/ou agressão física. Impulsivos e inquietos, na sala de emergência sentem-se mais contidos e protegidos e conseguem estabelecer uma aliança terapêutica aceitável com o médico. A conduta também será de psicoeducação, orientação à busca de ajuda especializada. A medicação poderá ser prescrita, tal como esquema proposto acima.

EMERGÊNCIA

Engloba casos de psicose aguda ou transitória. São situações em que a intervenção deve ser imediata. Geralmente encontramos um paciente com a produção de pensamento psicótica, sem perceber que seu problema é de origem interna e não externa, sendo dirigido por impulsos psicóticos. Pode ter o pensamento desorganizado ou, se organizado, muito delirante. Pode ou não apresentar alucinações. Os impulsos não são contidos no pensamento e sim descarregados progressivamente na área motora^{4,5}.

Podemos dividir a emergência em três situações básicas:

Psicose sem descarga intensa dos impulsos no sistema motor:

Pacientes psicóticos agudos com sintomatologia mental intensa e que, no entanto, não descarregam os impulsos psicóticos no sistema motor. Desta forma, mesmo que altamente desorganizados ou paranoides, delirantes ou com alucinações, permanecem sem alteração de comportamento importante. Podem estar, inclusive, apáticos ou até catatônicos. Esta situação permite ao médico examinar o paciente, colher informações com a família e planejar a conduta com calma.

Conduta:

- - Haloperidol 5mg 1 cp VO ou Risperidona 1mg 1 cp VO ou Olanzapina 5mg 1 cp VO se o paciente, mesmo com discurso psicótico, se mantiver calmo e em contato aceitável com o médico.

- - Clorpromazina 25mg VO ou Haloperidol 5mg IM caso paciente esteja muito inquieto e progressivamente se exaltando.
- - Encaminhamento para Psiquiatria para avaliar necessidade de internação hospitalar.

Psicose com sinais de risco iminente de descarga dos impulsos no sistema motor:

Geralmente trata-se de paciente irritado, na maioria das vezes com delírios paranoides. A identificação dos sinais de violência iminente é crucial para evitar desfechos traumáticos que possam pôr em risco a integridade física de todos envolvidos nessas situações. São sinais de risco iminente:

- Falar alto, aos berros, com xingamentos e palavrões.
- Deambular inquieto durante a consulta, bater com a mão na mesa ou contra a parede.
- Permanecer de punhos cerrados em sinal de luta.
- Olhar arregalado e expressão facial de raiva.

Conduta: não confrontar ou desafiar o paciente. Oferecer medicamentos para acalmá-lo e falar que violência não é tolerada no recinto. Tenha uma equipe de contenção pronta para agir. De preferência, fique mais perto da porta, caso necessite deixar a sala.

A medicação pode ser VO ou IM, conforme médico julgar necessário:

- Haloperidol 5mg 1 cp VO ou Risperidona 1mg 1 cp VO ou Olanzapina 5mg 01 cp VO se o paciente, mesmo com discurso psicótico, apresentar sinais fracos de violência iminente, embora colaborativo ainda. Pode ser necessário repetir em 30-40 min, até 3 vezes.
- Clorpromazina 25mg VO ou Haloperidol 5mg IM caso o paciente esteja muito inquieto e progressivamente se exaltando, mas ainda aceitando manejo do médico.

Psicose com descarga intensa dos impulsos no sistema motor/agitação psicomotora:

A identificação de um quadro de agitação psicomotora se auto impõe pela apresentação. O paciente perde capacidade de pensar ou postergar o descarregamento de seus impulsos no sistema motor e seu comportamento fica à mercê de impulsos psicóticos desordenados.

O médico deve pré-avaliar a segurança antes do atendimento. Nestes casos a compleição física e a força do paciente são levadas em conta. Informações sobre histórico de brigas corporais, envolvimento prévio em atos violentos e saber se já machucou outras pessoas são informações muito úteis para o médico decidir se o manejo será em equipe.

A conduta que se impõe nestes casos, antes de tudo, é contenção mecânica. O médico deverá fazer primeiro a contenção mecânica para depois coletar história e demais informações. Antes de medicá-lo, avaliar se existe possibilidade de queda ou de traumatismo crânio-encefálico (TCE). Não é infrequente pacientes intoxicados agudamente virem à emergência psicóticos e terem sofrido TCE.

Conduta: contenção mecânica e contenção química.

Contenção mecânica: deve ser realizada por 5 pessoas, uma para cada membro do corpo e uma para segurar e proteger a cabeça do paciente. O paciente deve ser colocado no leito e ter seus quatro membros contidos com faixas de contenção apropriados com cuidado para não garrotear. Uma faixa de contenção no peito é necessária. Frequentemente uma contenção mecânica apropriada já acalma o paciente, pois ajuda no descontrole do comportamento. Se descartada outra condição médica clínica que esteja causando estes sintomas, passa-se à contenção química.

Contenção química: Pode-se usar Haloperidol 5mg IM, repetindo-se a dosagem em 40-60min até o paciente sedar. Costuma-se associar ao Haloperidol injetável uma ampola de Prometazina 50mg IM para potencializar a sedação do paciente. Em substituição ao Haloperidol, pode-se usar também clorpromazina 25mg IM. Outra opção seria Olanzapina 10mg IM, eficaz no controle da agitação em esquizofrenia, mania e demência. Como é uma droga de custo elevado, tem-se usado pouco no nosso meio^{4,5}.

Uma vez que o paciente tenha sido contido mecânica e quimicamente, o médico poderá proceder o devido encaminhamento do caso para a internação hospitalar em unidade psiquiátrica.

CONCLUSÃO

As psicoses, uma vez na emergência, podem se apresentar de diversas formas dependendo de qual patologia são consequência. A identificação adequada das manifestações é essencial para definição de condutas adequadas, lembrando sempre da possibilidade de encaminhamento do paciente em questão para internação psiquiátrica caso haja necessidade.

REFERÊNCIAS

1. Hales RE, Yudovski SC, Gabbard GO, editors. Tratado de Psiquiatria Clínica. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed; 2012.
2. Pacheco MA, Spanenberg L, Morelli L et al. Internação Psiquiátrica. p. 247-253 IN: Cataldo Neto A, Gauer GJ, Furtado N, editores. Psiquiatria para estudantes de Medicina, 2. ed. – Porto Alegre: Edipucrs; 2013.
3. Ebert MH, Peter TL, Nurcombe B, editores. Current: Psiquiatria, diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed; 2002.

4. Pacheco MA, Cataldo Neto A, Krieger C, et al. O paciente violento. In: Cataldo Neto A, Gauer G, Furtado NR, organizadores. *Psiquiatria para estudantes de Medicina*. Porto Alegre: Edipucrs; 2003, v., p. 696-699.
5. Pacheco MA, Cataldo Neto A, Krieger CA et al. Paciente violento. In: Fritscher, CC, Chattkin JM, Mariante A et al., organizadores. *Manual de Emergências Médicas*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2002. v. p. 517-524.