

BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO
(ORGANIZADOR)

A MEDICINA VOLTADA À PROMOÇÃO DA SAÚDE E DO BEM-ESTAR



BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO
(ORGANIZADOR)

A MEDICINA VOLTADA À PROMOÇÃO DA SAÚDE E DO BEM-ESTAR



Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2023 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2023 Os autores

Copyright da edição © 2023 Atena

Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena

Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Camila Pereira – Universidade Estadual de Londrina

Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
 Profª Drª Danyelle Andrade Mota – Universidade Tiradentes
 Prof. Dr. Davi Oliveira Bizerril – Universidade de Fortaleza
 Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
 Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
 Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
 Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
 Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
 Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
 Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
 Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
 Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
 Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
 Prof. Dr. Guillermo Alberto López – Instituto Federal da Bahia
 Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
 Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
 Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPAr
 Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
 Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
 Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
 Profª Drª Kelly Lopes de Araujo Appel – Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal
 Profª Drª Larissa Maranhão Dias – Instituto Federal do Amapá
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Profª Drª Luciana Martins Zuliani – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
 Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
 Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
 Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
 Prof. Dr. Max da Silva Ferreira – Universidade do Grande Rio
 Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
 Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
 Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
 Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
 Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
 Profª Drª Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
 Profª Drª Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
 Profª Drª Taísa Ceratti Treptow – Universidade Federal de Santa Maria
 Profª Drª Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
 Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
 Profª Drª Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

A medicina voltada à promoção da saúde e do bem-estar

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaiddy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Benedito Rodrigues da Silva Neto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)	
M489	A medicina voltada à promoção da saúde e do bem-estar / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-258-1004-1 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.041231502 1. Medicina. 2. Saúde. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da (Organizador). II. Título. CDD 610
Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.

Sabemos que classicamente a saúde é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “o bem-estar físico, mental e social, envolvendo algo a mais do que a mera ausência de doença”. Com esse conceito em mente podemos também definir a promoção da saúde como o conjunto de políticas, planos e programas de saúde pública com ações individuais e coletivas voltadas, para evitar que as pessoas se exponham a situações que podem causar doenças. Deste modo entendemos que promover o bem-estar populacional é bem mais que prevenir doenças.

Com este conceito abrangente em mente é que desejamos recomendar a nova obra intitulada “A medicina voltada à promoção da saúde e do bem-estar” apresentada inicialmente em dois volumes.

Se promover a saúde não se limita a melhorar apenas a saúde, mas envolve melhorar a qualidade de vida e o bem-estar, torna-se necessária uma perspectiva multidisciplinar integradas e em redes, utilizando-se das ciências biológicas, ambientais, psicológicas, físicas e médicas. Deste modo almejamos oferecer ao nosso leitor uma produção científica de qualidade fundamentada no fato de que a integridade da saúde da população aprofundando no conhecimento nas diversas técnicas de estudo do campo médico que tragam retorno no bem estar físico, mental e social da população.

Esta obra, portanto, compreende uma comunicação de dados muito bem elaborados e descritos das diversas sub-áreas da saúde.


A obra “A medicina voltada à promoção da saúde e do bem-estar” oferece ao nosso leitor uma teoria bem fundamentada desenvolvida em diversos pesquisadores de maneira concisa e didática. A divulgação científica é fundamental para o desenvolvimento e avanço da pesquisa básica em nosso país, e mais uma vez parabenizamos a estrutura da Atena Editora por oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores divulguem seus resultados.

Desejo à todos um ano de 2023 rico em conhecimento científico!

Benedito Rodrigues da Silva Neto


CAPÍTULO 1 1**A CONTRIBUIÇÃO DA MÚSICA TERAPÊUTICA PARA PARTURIENTES NA FASE ATIVA**

Laíze Samara dos Santos
 Amuzza Aylla Pereira dos Santos
 Maria Elisângela Torres de Lima Sanches
 Joyce dos Santos Barros Silva
 Nathalia Lima da Silva
 Núbia Vanessa da Silva Tavares

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0412315021>


CAPÍTULO 2 14**A IMPORTÂNCIA DA PERÍCIA PSICOLÓGICA NOS CASOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL**

Marine Praciano Costa
 Ednara Marques Lima
 João Pedro Barreto Ricarte
 Mariana Lima Vale
 José Bernardo Cardoso Simões Vieira Barbosa
 Diego de Oliveira Pereira Duarte
 Rafael Nobre Lopes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0412315022>

CAPÍTULO 3 16**ANÁLISE DO RISCO PESSOAL DO SOCORRISTA DURANTE O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**


Bárbara Modesto
 Carolina Vitoratto Grunewald
 Rafael Biral Magnoler
 Marcela de Almeida Lemos Azenha Milani
 Bruna Marina Ferrari dos Santos
 Lucas de Souza Zambotti
 Ana Carolina Munuera Pereira
 Fernando Coutinho Felício
 Ana Luiza Oliveira Pereira
 Cristiano Hayoshi Choji
 Priscila Buosi Rodrigues Rigolin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0412315023>

CAPÍTULO 4 24**ASPECTOS PSICOEMOCIONAIS DO LUTO MATERNO POR ABORTAMENTO**

Aclênia Maria Nascimento Ribeiro
 Solange Cristina Ferreira de Queiroz
 Sabrina Tavares Dias de Araújo
 Stanlei Luiz Mendes de Almeida
 Lanysbergue de Oliveira Gomes
 Luciane Resende da Silva Leonel


Anna Karolina Lages de Araújo
 Maria de Fátima Martins Pinho de Brito
 Gessileide de Sousa Mota Veloso
 Tammiris Tâmisia Oliveira Barbosa
 Morgana Boaventura Cunha
 Raimundo Francisco de Oliveira Netto
 Alcimária Silva dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0412315024>

CAPÍTULO 535

CIRURGIA MICROGRÁFICA DE MOHS: MELHOR OPÇÃO PARA RESSECÇÃO DE CARCINOMA BASOCELULAR DE PELE NA FACE?


João Marcelo Bahia Silva Antunes
 Gabriela Rocha Lopes
 Giulia Weber Fernandes da Silva
 Beatryz Cirillo Silva
 Mariana Molinario
 Julia Rodrigues Seiler
 Marcelo Luiz Peixoto Sobral

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0412315025>

CAPÍTULO 642

EMOJI: CONCEÇÃO DE UM PROJETO SIMULADO DE INTERVENÇÃO DE SAÚDE MENTAL EM CRIANÇAS UCRANIANAS REFUGIADAS

Palmira da Conceição Martins de Oliveira
 Maria Inês Monteiro Melo
 Regina Maria Ferreira Pires
 Angélica Oliveira Veríssimo da Silva
 Cristina Maria Correia Barroso Pinto
 Carlos Alberto da Cruz Sequeira


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0412315026>

CAPÍTULO 758

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: REFLEXÃO ACERCA DOS IMPACTOS BIOPSISSOCIAIS PARA O BINÔMIO MÃE-BEBÊ

Aclênia Maria Nascimento Ribeiro
 Anna Karolina Lages de Araújo
 Tammiris Tâmisia Oliveira Barbosa
 Gessileide de Sousa Mota Veloso
 Maria de Fátima Martins Pinho de Brito
 Antonia Dyeylly Ramos Torres Rios
 Eliana Patrícia Pereira dos Santos
 Juliana Nunes Lacerda
 Letícia Lacerda Marques
 Nyara Caroline dos Santos
 Laís Christina Araújo Ferreira
 Leidiana Braga Rodrigues


Talita Farias Brito Cardoso
Sabrina Tavares Dias de Araújo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0412315027>

CAPÍTULO 864

INFECÇÃO PERIODONTAL E REAÇÃO HANSÊNICA: UMA RELAÇÃO POSSÍVEL?


Michelle Miranda Lopes Falcão
Johelle Santana Passos-Soares
Franciele Celestino Bruno Pereira
Vinicius da Silva Morais
Taiana Paula Costa Alves Peixoto
Patrícia Mares de Miranda
Rebeca Pereira Bulhosa Santos
Paulo Roberto Lima Machado
Isaac Suzart Gomes-Filho
Soraya Castro Trindade

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0412315028>

CAPÍTULO 975

INVESTIGATION OF THE POLYMORPHISM IN THE LEPTIN GENE IN BUFFALO HERDS OF NORTHEASTERN BRAZIL AND ITS ASSOCIATION WITH MILK PRODUCTION


Luciana Amaral de Mascena Costa
Ericka Fernanda Ferreira de Queiroz
Maria de Mascena Diniz Maia
Nadia Martinez Marrero
Manoel Adrião Gomes Filho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.0412315029>

CAPÍTULO 1087

MANEJANDO PSICOSE AGUDA


Luiz Antonio Cavalcante Romualdo
Andreia Raniely de Almeida Sousa
Antônio Jadson Alves da Costa
Carolyne Nobre Alencar Teixeira Maciel
Patrícia Iasmim Araújo Ponte
Helder Gomes de Moraes Nobre

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04123150210>

CAPÍTULO 11 103


OS DESAFIOS DA CONVIVÊNCIA COM UM AUTISTA: ANÁLISE DO CONTEXTO FAMILIAR E EDUCACIONAL

Lucas Akio Fujioka
Daniel Francisco dos Santos Filho
Nathália Luisa Saraiva Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04123150211>


CAPÍTULO 12..... 111**PNEUMONIA NECROTIZANTE: RELATO DE CASO**

Bianca Prado e Silva
 Lorena Almeida Alkmin
 Júlia Bettarello dos Santos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04123150212>


CAPÍTULO 13.....121**SÍFILIS CONGÊNITA: ÓBITO NEONATAL PRECOCE E TARDIO, CEARÁ, 2015-2019**

Surama Valena Elarrat Canto
 Maria Alix Leite Araújo
 Ana Nery Melo Cavalcante
 Fabíola de Castro Rocha
 Monique Elarrat Canto Cutrim

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04123150213>


CAPÍTULO 14.....131**TERAPIAS ALTERNATIVAS COMO ALIADAS NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO NO IDOSO**

Felipe Clementino Gomes
 Elanio Leandro da Silva
 Juçara Elke Lourenço da Silva
 Shimeny Lima Lucena Dantas
 Lorena Aquino de Vasconcelos
 Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho
 Islania Giselia Albuquerque Gonçalves
 Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04123150214>

CAPÍTULO 15..... 146**TUMOR DE FRANTZ COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA: RELATO DE CASO**


Viviane Regina Celli Savoldi
 Oscar Gonzalez del Río
 Nassim Samaan
 Janiffer Kathleen Bonfim

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04123150215>

CAPÍTULO 16..... 154**UMA ANÁLISE DA SOBREVIVÊNCIA NO TRAUMA DURANTE O ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Mirella Cristina Coetti da Costa
 Cristiano Hayoshi Choji
 Ana Carolina Munuera Pereira
 Geane Andressa Alves Santos
 Alana Barbosa de Souza


Rodrigo Sala Ferro
 Bruna Marina Ferrari dos Santos
 Carolina Vitoratto Grunewald
 Aline Cintra Nemer Diório
 Rayssa Narah Martins e Silva
 Ana Luiza Oliveira Pereira
 Marcela de Almeida Lemos Azenha Milani

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04123150216>

CAPÍTULO 17..... 160

UMA VISÃO GERAL DA DIABETES TIPO 2 - DA EPIDEMIOLOGIA AO TRATAMENTO – DESAFIOS QUANTO A ADESÃO AO TRATAMENTO


Cecília Rafaela Hortegal Andrade Barros
 Karolina Peres Da Silva Sarmento
 Carlos Alberto Alves Dias Filho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04123150217>

CAPÍTULO 18..... 182

USO DE ANTIEMÉTICOS NO TRATAMENTO DE NÁUSEAS E VÔMITOS INDUZIDOS POR QUIMIOTERAPIA: REVISÃO INTEGRATIVA

Ana Maria Vieira Lorenzzoni
 Bibiana Fernandes Trevisan
 Adelita Noro
 Aline Tigre
 Vanessa Belo Reyes
 Nanci Felix Mesquita
 Patrícia Santos da Silva
 Ana Paula Wunder Fernandes
 Cristiane Tavares Borges
 Yanka Eslabão Garcia
 Paula de Cezaro
 Daniela Cristina Ceratti Filippon

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.04123150218>

SOBRE O ORGANIZADOR.....191

ÍNDICE REMISSIVO..... 192

MANEJANDO PSICOSE AGUDA

Data de aceite: 01/02/2023

Luiz Antonio Cavalcante Romualdo

Hospital de Saúde Mental Professor Frota
Pinto / Secretaria da Saúde do Estado do
Ceará
Fortaleza/CE
<http://lattes.cnpq.br/0186534740414432>

Andreia Raniely de Almeida Sousa

Centro Universitário Christus
Fortaleza/Ceará
<https://lattes.cnpq.br/8252315816057863>

Antônio Jadson Alves da Costa

Centro Universitário Christus
Fortaleza/CE
<http://lattes.cnpq.br/0360168706810886>

Carolyn Nobre Alencar Teixeira Maciel

Centro Universitário Christus
Fortaleza/CE
<http://lattes.cnpq.br/0955731271333672>

Patrícia Iasmim Araújo Ponte

Centro Universitário UNINOVAFAPI
Fortaleza/CE
<http://lattes.cnpq.br/0131909977454030>

Helder Gomes de Moraes Nobre

Hospital de Saúde Mental Professor Frota
Pinto / Secretaria da Saúde do Estado do
Ceará
Fortaleza/CE
<http://lattes.cnpq.br/9835690638878204>

A psicose é uma condição da mente amplamente definida como uma perda de contato com a realidade. Os sintomas psicóticos podem aumentar o risco dos pacientes de ferir a si mesmos ou a outros ou de serem incapazes de atender às suas necessidades básicas. A psicose pode ser vista em muitos transtornos psiquiátricos. Está comumente presente na esquizofrenia e em outras condições no espectro da esquizofrenia e transtornos do humor, incluindo transtorno bipolar e depressão maior com características psicóticas. No entanto, a psicose também pode ser uma manifestação do uso de substâncias ou de uma doença médica subjacente. (UP TO DATE, 2022).

A psicose tem como núcleo estruturante central a prevalência do princípio do prazer sobre o princípio da realidade. Dessa forma, as funções do ego são prejudicadas, caracterizando o contato do indivíduo psicótico com seu mundo externo como um ambiente restrito ao seu universo intersíquico, ou seja, um mundo só seu (LINS, 2007).

Segundo Zimerman (1999), há três situações: 1) Psicose propriamente dita; 2) Estado psicótico e 3) Condição psicótica. Ainda sobre psicose, o autor também afirma que:

[...] implicam um processo deteriorativo das funções do ego, a tal ponto que haja, em graus variáveis, algum sério prejuízo do contato com a realidade. É o caso, por exemplo, das diferentes formas de esquizofrenias crônicas (ZIMERMAN, 1999, p. 227).

Diante disso, a psicose constitui um termo utilizado para descrever o comportamento de uma pessoa em determinado momento da vida, ou um transtorno mental no qual, em alguma circunstância do seu curso, o sujeito apresenta comprometimento na consciência da realidade. Para tal, o sujeito psicótico é aquele que apresenta uma ampla desordem da percepção da realidade e pensamentos, sendo distinta a percepção da maioria das pessoas (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2003).

EPIDEMIOLOGIA

Em um estudo realizado na macrorregião norte do Ceará, foi evidenciado que a psicose não especificada e a esquizofrenia representavam 61% das internações hospitalares psiquiátricas no ano de 2015 e 51% no ano de 2016 (SOUSA, 2020). Outro estudo brasileiro, que analisou atendimento psiquiátrico aos transtornos psicóticos, demonstrou que a idade média desses pacientes é de 35 anos e acomete mais homens com baixa escolaridade (ARAUJO *et al.*, 2017).

A esquizofrenia, representante mais clássica dos transtornos psicóticos, acomete 20 milhões de pessoas no mundo, correspondendo a 1% da população em geral; sua incidência é de 0,4 por 1.000 pessoas (GAMA *et al.*, 2004), apresentando predomínio da ocorrência em homens entre os 10 e 50 anos de idade (BALLONE, 2021).

Além disso, um estudo publicado pela Organização Mundial da Saúde mostrou que a esquizofrenia é responsável por 2,8% dos anos perdidos até a morte (YLD) e por 1,1% dos anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs). Cabe ressaltar que um DALY é um ano perdido de “vida saudável”. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004). O Relatório da OMS (World Health Report) de 2001 sobre a saúde mundial estimou que o custo direto com a esquizofrenia nos EUA em 1991 foi de 19 bilhões de dólares (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; BRASIL, 2008).

A psicose é um problema clínico importante, não só para pacientes, mas também para as famílias e os profissionais de saúde. Pacientes com transtornos mentais representam uma porção crescente do total de atendimentos nos departamentos de emergência ao longo do tempo. Em 2014, os transtornos mentais foram a décima causa principal de atendimentos em pronto-socorro nos Estados Unidos para homens de 15 a 65 anos. Transtornos mentais foram o diagnóstico primário em pouco mais de cinco milhões de atendimentos emergenciais naquele país. Assim, o desenvolvimento de melhores abordagens de gestão

para avaliar e tratar a psicose tornou-se fundamental. Com outras emergências médicas de alta demanda e/ou risco – lesões traumáticas, acidentes cerebrovasculares, arritmias cardíacas – a medicina de emergência conseguiu fazer parceria com outras especialidades médicas para pesquisar e desenvolver em conjunto as melhores práticas de atendimento. No entanto, a tradução das melhores práticas de atendimento à psicose específica para um cenário de emergência ainda não ocorreu (PELTZER-JONES; NORDSTROM; CURRIER, 2019).

FISIOPATOLOGIA

A fisiopatologia envolvida na psicose tem sido estudada em diversos transtornos psiquiátricos, como na esquizofrenia e no transtorno bipolar. Todavia, como a psicose pode ser também associada a diversas outras condições além das doenças psiquiátricas (ARCINIEGAS, 2015) – por exemplo, evento vascular encefálico em território cortical ou subcortical, epilepsia, alterações genéticas, anatômicas, ambientais, fatores estressores, dentre muitas outras – os mecanismos fisiopatológicos implicados são vastos e não são inteiramente conhecidos. No entanto, foi evidenciada relação destes mecanismos com alterações no metabolismo dopaminérgico (PETERS, 1979), distúrbios do ciclo sono-vigília (WOLF, 1991; ENGEL JUNIOR *et al.*, 1991), abrasamento e inibição ou hipofunção no foco epilético (ENGEL JUNIOR *et al.*, 1991), entre outros.

Contudo, atendo-se ao envolvimento psiquiátrico, estudos mais recentes observaram a participação de alterações na concentração de fatores de crescimento neuronal, estudados por Gonzalez-Pinto *et al.* (2010), os quais observaram que houve uma redução dos níveis de *brain-derived neurotrophic factor* (BDNF) – a neurotrofina mais abundante no cérebro – em pacientes em primeiro episódio psicótico. Contudo, os níveis foram revertidos após o uso de Olanzapina, a qual atuou melhorando os sintomas psicóticos, especialmente sintomas positivos (*id.*).

Outros estudos, por sua vez, apontam a participação de alterações anatômicas em pacientes em primeiro evento psicótico, tais como Crespo-Facorro *et al.* (2011), que verificaram uma menor espessura cortical de padrão difuso em tais pacientes incluídos no espectro esquizofrênico, quando comparado a indivíduos saudáveis pareados para idade, gênero e alfabetização, assim como observaram que alterações de estruturas cerebrais podem evoluir sobretudo nos anos iniciais após o início do quadro psicótico (CRESPO-FACORRO *et al.*, 2011). Já Adriano, Caltagirone e Spaletta (2012) descreveram uma perda precoce de volume do hipocampo bilateralmente nos pacientes em primeiro episódio psicótico, em comparação a indivíduos saudáveis, não sendo encontrada, no entanto, diferença significativa de volume hipocampal entre pacientes com esquizofrenia crônica.

Adicionalmente, Rocío Pérez-Iglesias *et al.* (2010) evidenciaram anormalidade na substância branca em pacientes com primeiro episódio psicótico com esquizofrenia,

interferindo na conectividade cerebral envolvendo principalmente os tratos fronto-temporais. Neste mesmo estudo, foi encontrada, ainda, associação entre déficits em função executiva e motora em tais pacientes e redução da integridade de substância branca no principal fascículo que conecta os córtices frontal e temporal (id.).

Além disso, pesquisas mencionam a ocorrência de sintomas prodrômicos ao primeiro episódio psicótico em alguns pacientes (SINGH *et al.*, 2005), os quais podem estar associados a fatores de risco segundo estudos epidemiológicos recentes e, por conseguinte, a maiores chances de evoluir com piora. Como fatores de risco, podem-se considerar fatores genéticos (história familiar positiva, além de genes associados à regulação da dopamina), fatores relacionados ao pré-natal (infecções na gestação, idade paterna avançada, complicações obstétricas), transtorno de personalidade associado (esquizoide, esquizotípica, paranoide), alterações no desenvolvimento (retardo no desenvolvimento neuropsicomotor, baixo rendimento escolar, déficit cognitivo), fatores ambientais (isolamento social, migração, dificuldade no empenho sexual), bem como fatores sociais (uso de drogas, vida urbana) (CORDEIRO; BALDAÇARAL, 2007).

APRESENTAÇÃO CLÍNICA

Os transtornos psicóticos são caracterizados pela presença, principalmente, de delírios, alucinações, pensamento desorganizado e comportamento claramente bizarro, como falas e risos imotivados (DALGALARRONDO, 2008). Assim, algumas características são essenciais para a definição dos transtornos psicóticos, as quais são:

a. Delírio.

Os delírios são crenças fixas, não passíveis de mudança à luz de evidências conflitantes, podendo incluir, em seu conteúdo, uma variedade de temas, entre eles: persecutório, de referência, somático, religioso, erotomaníaco, niilista ou de grandeza. Além disso, podem ser considerados bizarros se claramente implausíveis e incompreensíveis por outros indivíduos da mesma cultura, não se originando de experiências comuns da vida (BARCH *et al.*, 2014).

b. Alucinação.

Experiências que se assemelham à percepção, apresentando a força e impacto das percepções normais e, completamente, involuntárias. Sendo a alucinação auditiva a mais comum na esquizofrenia e nos transtornos psicóticos relacionados (BARCH *et al.*, 2014).

c. Desorganização do Pensamento (Discurso).

Essa apresentação passa a ser deduzida com a mudança no discurso do paciente, podendo-se apresentar na: mudança de um tópico; relação oblíqua ou tangencialidade na resposta de perguntas; incompreensibilidade do discurso devido à presença de incoerência (BARCH *et al.*, 2014).

d. Comportamento Motor Grosseiramente Desorganizado ou Anormal (Incluindo Catatonia).

Essa apresentação pode ser observada na forma de comportamento em que o paciente se dirige a um determinado objetivo, exibindo dificuldades em atividades cotidianas e comportamento imprevisível, tolo ou pueril (BARCH *et al.*, 2014).

A catatonia se refere a uma diminuição na reatividade ao ambiente, com o paciente podendo apresentar: negativismo; postura rígida, inapropriada ou bizarra; mutismo (ausência de respostas verbais); estupor (ausência de respostas motoras); movimentos estereotipados repetidos; olhar fixo; caretas; eco da fala (*id.*).

e. Sintomas Negativos.

De acordo com Barch *et al.* (2014), são mais presentes na esquizofrenia, sendo menos encontrados nos outros transtornos psicóticos. Podem ser:

1. Expressão emocional diminuída: baixa expressão de emoções; diminuição do contato visual; redução na entonação da fala, dos movimentos das mãos, da cabeça e da face.
2. Avolia: diminuição em atividades motivadas, autoiniciadas e que apresentam uma finalidade.
3. Alogia: baixa produção de discurso.
4. Anedonia: baixa capacidade de prazer à estímulos positivos.
5. Falta de sociabilidade: desinteresse em interações sociais.

Pacientes experimentando vivências alucinatórias, principalmente auditivas, podem apresentar-se com solilóquios ou com expressões faciais que indiquem uma resposta interna às vozes. Podem, ainda, exibir gestos como se estivessem procurando a origem das vozes. O médico deve sempre atentar para registrar todas as ações e atitudes do paciente em prontuário.

Cabe destacar ainda o comportamento violento relacionado a pacientes com quadro psicótico agudo. Em uma meta-análise que agrupou 45.533 pacientes psicóticos, foi observado comportamento violento em 18,5% dos pacientes. Desses, o diagnóstico de base mais comum foi esquizofrenia (87,8%), seguido de transtorno afetivo bipolar (0,4%) e 11,8% dos pacientes sem diagnóstico de base firmados. Tal revisão encontrou ainda importante correlação entre alguns fatores dinâmicos na história do paciente com o risco de violência, incluindo comportamento hostil, controle inadequado de impulsos, falta de insight, uso recente de álcool e/ou drogas além de não adesão a terapias psicológicas e farmacológicas (JENSEN; CLOUGH, 2016).

DIAGNÓSTICO

Esquizofrenia - Critérios Diagnósticos de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais – 5 (DSM-5).

a. Dois (ou mais) dos itens a seguir, cada um presente por uma quantidade significativa de tempo durante um período de um mês (ou menos, se tratados com sucesso). Pelo menos um deles deve ser (1), (2) ou (3):

1. Delírios.
2. Alucinações.
3. Discurso desorganizado.
4. Comportamento grosseiramente desorganizado ou catatônico.
5. Sintomas negativos (i.e., expressão emocional diminuída ou avolia).

b. Por período significativo de tempo desde o aparecimento da perturbação, o nível de funcionamento em uma ou mais áreas importantes do funcionamento, como trabalho, relações interpessoais ou autocuidado, está acentuadamente abaixo do nível alcançado antes do início (ou, quando o início se dá na infância ou adolescência, incapacidade de atingir nível esperado de funcionamento interpessoal, acadêmico ou profissional).

c. Sinais contínuos de perturbação persistem durante, pelo menos, seis meses. Esse período de seis meses deve incluir no mínimo um mês de sintomas (ou menos, se tratados com sucesso) que precisam satisfazer o Critério A (i.e., sintomas da fase ativa) e pode incluir períodos de sintomas prodrômicos ou residuais. Durante esses períodos prodrômicos ou residuais, os sinais da perturbação podem ser manifestados apenas por sintomas negativos ou por dois ou mais sintomas listados no Critério A presentes em uma forma atenuada (p.ex., crenças esquisitas, experiências perceptivas incomuns).

d. Transtorno esquizoafetivo e transtorno depressivo ou transtorno bipolar com características psicóticas são descartados porque 1) não ocorrem episódios depressivos maiores ou maníacos concomitantemente com os sintomas da fase ativa, ou 2) se episódios de humor ocorreram durante os sintomas da fase ativa, sua duração total foi breve em relação aos períodos ativo e residual da doença.

e. A perturbação não pode ser atribuída aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., droga de abuso, medicamento) ou a outra condição médica.

f. Se há história de transtorno do espectro autista ou de um transtorno da comunicação iniciado na infância, o diagnóstico adicional de esquizofrenia é realizado somente se delírios ou alucinações proeminentes, além dos demais sintomas exigidos de esquizofrenia, estão também presentes por pelo menos um mês (ou menos, se tratados com sucesso).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Sintomas psicóticos na emergência podem ser secundários a uma ampla variedade de patologias, tanto psiquiátricas como médicas gerais. De acordo com a história clínica, exame físico, exame mental, história patológica pregressa, histórico familiar e exames complementares é possível sugerir com mais propriedade uma etiologia específica para determinados pacientes. Vale ressaltar que as características clínicas de um quadro psicótico não são patognomônicas para diagnósticos específicos. O espectro de gravidade de um paciente que se apresenta com sintomas psicóticos na emergência pode variar desde sintomas primariamente psiquiátricos até condições potencialmente fatais. As causas mais comuns continuam a ser intoxicação por álcool ou outras drogas (GOTTLIEB; LONG; KOYFMAN, 2018).

Para o correto manejo de cada paciente é essencial determinar a causa dos sintomas psicóticos. Uma importante causa clínica de transtorno psicótico é o delírium, cujos sintomas geralmente são iniciados de forma súbita e costumam cursar com confusão mental, desorientação, alucinações e comportamento diferente do usual. Geralmente, o estado confusional é intercalado com períodos de lucidez (JENSEN; CLOUGH, 2016).

Em particular, pacientes que evoluem para um primeiro episódio psicótico merecem atenção especial devido à vasta possibilidade diagnóstica. Partindo do princípio que psicose não é patognomônico de esquizofrenia, mas sim uma síndrome que pode cursar em diversos transtornos não apenas psiquiátricos, mas também neurológicos e médicos gerais, o médico deve atentar para peculiaridades na história clínica, data do início dos sintomas, idade de início do quadro, forma como se deu seu início (abrupto? latente?), características da psicose, curso durante o tempo, história familiar, dentre outros fatores para fortalecer ou excluir hipóteses diagnósticas (SHEITMAN, 1997).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EM PSIQUIATRIA

Muitos transtornos psiquiátricos podem cursar com sintomas psicóticos. Tais sintomas podem, então, serem classificados como primários ou secundários. Geralmente, os sintomas psicóticos secundários são consequentes a um transtorno de humor primário. Assim, a tabela lista as principais desordens psiquiátricas que podem incluir sintomas psicóticos no curso de sua história natural (THARA; VIJAYAKUMAR, 2017).

Doenças psiquiátricas cursando com psicose aguda:

- Esquizofrenia;
- Transtornos do humor – mania ou depressão;
- Transtorno psicótico breve;
- Transtorno esquizofreniforme;

- Induzido por substâncias (álcool, cannabis);

MANEJO

A boa prática médica sugere uma avaliação de risco do paciente contra si ou contra terceiros e o nível de atenção demandada no sistema de saúde. Nesse sentido, torna-se essencial informações obtidas a partir de acompanhantes, como familiares, amigos ou profissionais envolvidos no transporte do paciente. (UP TO DATE, 2022).

No contexto de emergência, torna-se imprescindível a exclusão de causas clínicas em pacientes que se apresentam agudamente psicóticos. Ainda, chama a atenção para causas clínicas pacientes idosos e sem histórico médico de psicose (SOOD; MCSTAY, 2009). Quando se observa risco de suicídio, homicídio ou incapacidade para cuidados básicos como alimentação, suporte hídrico ou higiene, a hospitalização, em geral involuntária, torna-se mandatória.

Em geral, o tratamento inicial de pacientes com sintomas psicóticos envolve o uso de medicações antipsicóticas, mesmo quando a causa da psicose ainda não foi bem esclarecida. Exceção a essa regra envolve quadro de intoxicação por drogas estimulantes do sistema nervoso central e catatonia, as quais devem ser manejadas inicialmente com benzodiazepínicos (UP TO DATE, 2022).

A via de administração das medicações varia de acordo com a aceitação do paciente. Para aqueles que estejam cooperativos sugere-se a via oral, reservando-se administrações intramusculares para pacientes gravemente agitados ou que recusem as medicações orais. Em nosso meio, a utilização de haloperidol associado a prometazina mostra efetividade e reduz a ocorrência de sintomas extrapiramidais com baixos custos. Doses de até 45 mg em 24 horas de haloperidol são toleráveis (CORDEIRO; BALDAÇARA, 2007). Em comparação ao uso de haloperidol associado a prometazina, a utilização de haloperidol isoladamente mostrou-se, além de os pacientes apresentarem maiores efeitos extrapiramidais, maiores períodos de agressividades. Já a utilização de midazolam isoladamente apresentou ação mais rápida, porém sob risco de depressão respiratória, além de não apresentar qualquer ação antipsicótica (HUF, 2009).

Outras alternativas em administração por via oral em pronto socorro seriam risperidona 2 a 6 mg, olanzapina 5 a 10 mg, quetiapina 25 a 200 mg e diazepam 10 mg (BALDAÇARA, 2021). Cabe ressaltar, ainda que as medidas de contenção físicas estão indicadas apenas após insucesso inicial com abordagem medicamentosa (BALDAÇARA, 2021).

Outra medicação bastante disponível em nosso meio, a clorpromazina, possui menor evidência de uso em relação ao haloperidol. Em um estudo duplo-cego de 58 homens e mulheres com distúrbios agudos levados a uma unidade psiquiátrica de emergência, o haloperidol parenteral foi mais útil do que a clorpromazina parenteral no controle de sinais

e sintomas de psicose. A análise covariante dos dados da Escala de Avaliação Psiquiátrica Breve (BPRS) mostrou que o haloperidol foi superior (p menor que 0,05) à clorpromazina em cinco dos sinais e sintomas avaliados, principalmente hostilidade e excitação. Os resultados deste estudo e de trabalhos relatados em outros lugares indicam que o haloperidol é a droga de escolha para o controle de sintomas e sinais disruptivos de psicose em pacientes que necessitam de tratamento de emergência com um agente antipsicótico em comparação à clorpromazina (GERSTENZANG; KRULISKY, 1977).

TRATAMENTO

Há evidências crescentes de que a intervenção precoce e agressiva no primeiro episódio de psicose tem um impacto significativo nos resultados a longo prazo (PELTZER-JONES *et al.*, 2019). Antes de administrar qualquer agente sedativo, é essencial promover um ambiente seguro para o paciente que está agudamente agitado e psicótico (JENSEN; CLOUGH, 2016; NEW *et al.*, 2017; GOTTLIEB; LONG; KOYFMAN, 2018). Caso a medicação seja necessária, isso também pode aumentar a probabilidade de o paciente cooperar com a dosagem oral ou facilitar a injeção (GOTTLIEB; LONG; KOYFMAN, 2018). O objetivo dos agentes farmacológicos deve ser acalmar, ao invés de sedar completamente o paciente (ZUN; WILSON; NORDSTROM, 2017).

Os benzodiazepínicos, ainda que tenham pouca ou nenhuma utilidade no tratamento a longo prazo dos transtornos psicóticos, podem ser eficazes no tratamento de curto prazo da psicose por indução de melhora comportamental, e estão associados a menos efeitos adversos do que os antipsicóticos. Em casos raros, estão associados com aumento da agitação e, ainda mais raramente, com convulsões por abstinência, que, em geral, ocorrem apenas com o uso continuado de altas dosagens (RUIZ; SADOCK; SADOCK, 2017). Lorazepam parece ser uma boa escolha no tratamento da agitação em um episódio psicótico agudo, e se mostrou ser tão eficaz quanto o haloperidol no controle do comportamento violento (WILSON *et al.*, 2014). Apresenta um tempo médio para sedação de 32 minutos e um tempo médio de sedação total de 217 minutos (NOBAY *et al.*, 2004). A dosagem usual de 0,5 a 2 mg a cada 1 a 6 horas pode ser administrada por via oral, sublingual, intramuscular ou intravenosa. Como efeito adverso, há possibilidade de depressão respiratória, hipotensão e sonolência extrema, dessa forma, os pacientes devem ser monitorados cuidadosamente. O clonazepam é outro benzodiazepínico que pode ser usado para tratar a agitação. É absorvido rapidamente, mas tem meia-vida mais longa que o lorazepam. É utilizado na forma oral, comprimido ou sublingual. Há ainda o midazolam, que pode ser administrado por via intravenosa, intramuscular, intranasal, retal e oral. Tem um tempo médio de sedação de 13 a 18 minutos e um tempo médio de sedação total de 82 a 105 minutos, tornando-o por vezes preferível devido ao seu início de ação mais rápido.

Os antipsicóticos convencionais, típicos ou de primeira geração incluem as

butirofenonas e as fenotiazinas. De longe, o mais comum dos antipsicóticos típicos usados para agitação aguda, comportamento violento e psicose é o haloperidol. Este é usado há anos, por via oral ou intramuscular. O início de ação por via intramuscular é de aproximadamente 30 a 45 minutos, embora possa levar até 60 minutos em alguns pacientes. Embora outros antipsicóticos típicos mais sedativos, como a clorpromazina, tenham sido utilizados anteriormente, os efeitos colaterais, como a hipotensão ortostática, limitaram seu uso generalizado, dando preferência ao haloperidol. Droperidol é outro antipsicótico típico, porém seu uso é na maioria das vezes limitado à indução da anestesia. Não é aprovado pela *Food and Drug Administration* para condições psiquiátricas, mas tem sido usado como sedativo para pacientes agitados em ambientes de emergência. Como efeito adverso, há possibilidade de prolongamento do intervalo QT e subsequente risco de arritmia fatal. Foi sugerido que a combinação de haloperidol com benzodiazepínicos é superior a qualquer um dos agentes isoladamente, com vários estudos demonstrando melhora da sedação e nenhuma diferença significativa nos eventos adversos entre os grupos (BATTAGLIA *et al.*, 1997; JENSEN; CLOUGH, 2016).

Os efeitos colaterais mais comuns dos antipsicóticos típicos são sintomas extrapiramidais, como distonia, acatisia e parkinsonismo. Estes efeitos adversos são mais comuns durante o tratamento inicial com estas medicações, e são visualizados com maior frequência quando usado apenas um antipsicótico do que quando uma combinação é administrada (JENSEN; CLOUGH, 2016). Os sintomas extrapiramidais podem ser reduzidos com o uso concomitante de um agente anticolinérgico (por exemplo, prometazina e biperideno) (WIRSHING, 2011; WILSON *et al.*, 2012). A administração VO dos agentes típicos apresenta uma absorção mais lenta, e necessita de pelo menos 1 a 4 horas para alcançar o pico plasmático desejado, acarretando resultados menos previsíveis. Já a administração IM acarreta um pico plasmático de concentração sérica efetiva em aproximadamente 30 minutos (RUIZ; SADOCK; SADOCK, 2017).

Os agentes antipsicóticos atípicos ou de segunda geração incluem ziprasidona, olanzapina, aripiprazol, risperidona e quetiapina (JENSEN; CLOUGH, 2016). Em comparação com os agentes típicos, estes demonstraram uma eficácia geral semelhante. Os efeitos colaterais extrapiramidais são raros com os agentes atípicos, embora ainda sejam uma possibilidade (GLASSMAN; BIGGER, 2001). Embora todos os medicamentos antipsicóticos tenham um risco de prolongamento do seguimento QT, isso ocorre menos comumente com os agentes atípicos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). A risperidona foi um dos primeiros antipsicóticos atípicos no mercado e se mostrou tão eficaz no tratamento da psicose e agitação quanto o haloperidol, com significativamente menos efeitos adversos. O uso de antipsicóticos atípicos em combinação com lorazepam é uma escolha que às vezes também é usada pela equipe do pronto-socorro com bons resultados no paciente com agitação aguda e psicose. A injeção intramuscular tem início de ação mais rápido e curso previsível do que a administração oral. A administração

sublingual pode ter um início de ação mais rápido do que a ingestão oral e tem a vantagem adicional de distrair o paciente agitado enquanto a pílula se dissolve (JENSEN; CLOUGH, 2016). Embora esses medicamentos sejam frequentemente administrados por via oral ou intramuscular, a via intravenosa tem sido sugerida como uma alternativa segura, quando disponível (GOTTLIEB; LONG; KOYFMAN, 2018).

Pacientes portadores de esquizofrenia definidos como resistentes ao tratamento apresentam, dentre outras características, o critério de não responder a pelo menos dois ensaios com antipsicóticos. Nessa situação, recomenda-se o uso da clozapina tendo em vista sua eficácia diante de pacientes com falha ao uso de outros antipsicóticos (HOWES *et al.*, 2017).

CRITÉRIOS PARA CONTENÇÃO MECÂNICA

Contenções físicas são usadas quando os pacientes são tão perigosos a si mesmos ou aos outros a ponto de constituir uma ameaça grave que não pode ser controlada de nenhuma outra forma (RUIZ; SADOCK; SADOCK, 2017). No entanto, o ato físico de colocar o paciente em contenções foi sugerido como responsável por causar uma grande quantidade de lesões relacionadas à agitação, além da possibilidade de levar à ruptura muscular e rabdomiólise (NEW; TUCCI; RIOS, 2017). Deve-se, ainda, considerar o impacto psicológico que as restrições físicas podem ter no paciente. Embora seu uso tenha diminuído nas últimas décadas, ainda é comumente usada em situações agudas, com estudos sugerindo seu uso em mais da metade de todos os pacientes agitados agudamente. Centros médicos reforçam que os pacientes devem permanecer em contenção física constante por um período não superior a 4 horas para um adulto, 2 horas para adolescentes e 1 hora para crianças menores de 9 anos (GOTTLIEB; LONG; KOYFMAN, 2018)

COMPLICAÇÕES DOS ANTIPSICÓTICOS NA EMERGÊNCIA

Sintomas extrapiramidais, como acatisia, distonia, pseudoparkinsonismo e discinesia, são decorrentes de um transtorno motor produzido, principalmente, como reação adversa a medicamentos em que o mecanismo de ação consiste no bloqueio de dopamina. Inicialmente, a reação extrapiramidal era associada quase que exclusivamente aos efeitos de medicamentos neurolépticos. Atualmente, já se sabe que muitas outras classes de fármacos, como os antieméticos, causam estas reações indesejadas.

ACATISIA

É a forma mais comum de sintoma extrapiramidal. Caracteriza-se por queixas subjetivas de inquietude, frequentemente acompanhadas de movimentos excessivos observados (p. ex., movimentos inquietos ou balançar de pernas, oscilar de um pé

para outro quando está de pé, incapacidade de sentar ou de permanecer parado). Tais sintomas ocorrem dentro de poucas semanas após o início ou o aumento da dose de um medicamento (p. ex., um neuroléptico) ou após a redução da dose de um medicamento usado para tratar sintomas extrapiramidais (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Assim que diagnosticada, a dose do antipsicótico deve ser reduzida para o nível mínimo eficaz. Caso a redução se mostre ineficaz, a adição de benzodiazepínicos é uma alternativa possível. Caso o benzodiazepínico se mostre ineficaz, o tratamento com beta-bloqueadores, como propranolol, poderá ser uma opção. O uso de anticolinérgicos, como o biperideno, também pode ser útil. Deve-se ainda considerar a substituição do neuroléptico (QUEVEDO; CARVALHO, 2014).

SÍNDROME NEUROLÉPTICA MALIGNA

É uma complicação potencialmente letal que pode ocorrer a qualquer momento durante o curso do tratamento com antipsicóticos, sobretudo aqueles de primeira geração de alta potência. No entanto, antipsicóticos de primeira geração de baixa potência, os de segunda geração, substâncias antieméticas, como metoclopramida e prometazina, antidepressivos e lítio também podem levar a esse quadro. Os sintomas geralmente se desenvolvem durante as duas primeiras semanas após o início ou o aumento da terapia com antipsicóticos. Ainda que não seja um quadro dose-dependente, doses mais elevadas constituem um fator de risco, assim como aumento recente ou rápido das doses, troca de agentes, sexo masculino e administração parenteral (QUEVEDO; CARVALHO, 2014). Os sintomas incluem rigidez muscular e distonia, acinesia, mutismo, embotamento, agitação, hipertermia, diaforese e aumento do pulso e da pressão arterial. Resultados laboratoriais apresentam leucocitose e níveis mais elevados de creatinina fosfoquinase, enzimas hepáticas, mioglobina plasmática e mioglobinúria, algumas vezes associada a insuficiência renal. O tratamento (Figura 1) consiste em descontinuar antipsicótico, medidas farmacológicas, hidratação, resfriamento e monitoramento dos níveis de CPK. Os fármacos mais utilizados são dantroleno IV e bromocriptina VO, embora amantadina seja ocasionalmente usada. Pode-se associar ainda relaxantes musculares (RUIZ; SADOCK; SADOCK, 2017).

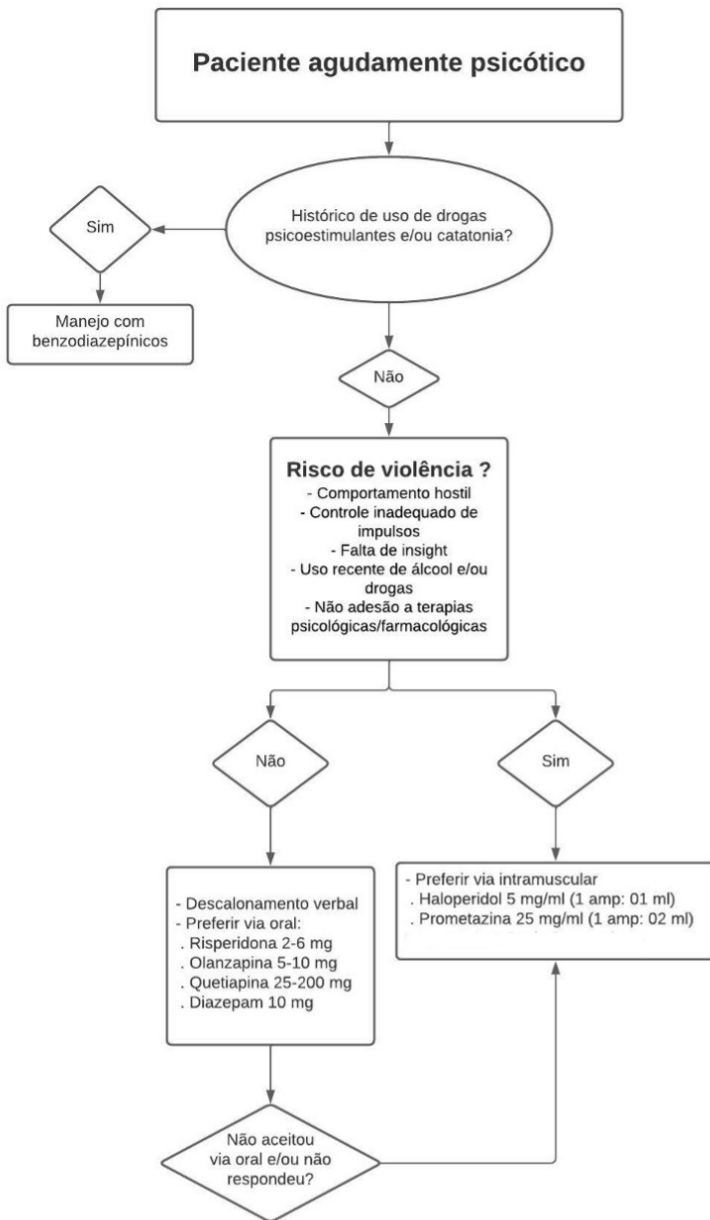


Figura 1 – Fluxograma de tratamento da psicose aguda em ambiente de emergência

REFERÊNCIAS

ADRIANO, F.; CALTAGIRONA, C.; SPALLETTA, G. Hippocampal volume reduction in first- episode and chronic schizophrenia: a review and meta-analysis. **Neuroscientist**, [S.l.], v. 8, n. 2, p.180-200, 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAUJO, L. M. C. *et al.* Situações presentes na crise de pacientes psicóticos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 138-152, 2017.

ARCINIEGAS, D.B. Psychosis. **Behavioral Neurology and Neuropsychiatry**, [S.l.], v. 21, n. 3, p. 715-736, 2015.

BALDAÇARA, L. **Emergências Psiquiátricas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

BALLONE, G.J. **Esquizofrenias**. 2021. Disponível em: <https://ballone.com.br/dicionario/esquizofrenia>. Acesso em: 19 set. 2020.

BARCH, D.M. *et al.* Transtornos Psicóticos. *In*: CORDIOLI, A.V. *et al.* **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 87-122.

BATTAGLIA, J.; MOSS, S.; RUSH, J. *et al.* Haloperidol, lorazepam, or both for psychotic agitation? A multicenter, prospective, double-blind, emergency department study. **Am J Emerg Med.**, [S.l.], v. 15, n. 4, p. 335-40, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Diretrizes assistenciais em saúde mental na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2008. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_do_consumidor/diretrizes_assistenciais.pdf. Acesso em: 19 set. 2020.

CORDEIRO, D.C.; BALDAÇARA, L. **Emergências psiquiátricas**. São Paulo: Roca, 2007.

CURRIER, G.W.; SIMPSON, G.M. Risperidone liquid concentrate and oral lorazepam versus intramuscular haloperidol and intramuscular lorazepam for treatment of psychotic agitation. **J Clin Psychiatry**, [S.l.], v. 62, n.3, p. 153-157, 2001.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ENGEL JUNIOR, J. *et al.* Neurobiological evidence for epilepsy-induced interictal disturbances. *In*: SMITH, D.B.; TREIMAN, D.M.; TRIMBLE, M.R. **Neurobehavioral problems in epilepsy**. Nova York: Raven, 1991.

GAMA, C.S.; SOUZA C.M.; LOBATO M.I. *et al.* Relato do uso de clozapina em 56 pacientes atendidos pelo Programa de Atenção à Esquizofrenia Refratária da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul. **Rev Psiquiatr do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 21-28, 2004.

GERSTENZANG, M.L.; KRULISKY, T.V. Parenteral haloperidol in psychiatric emergencies. Double-blind comparison with chlorpromazine. **Dis Nerv Syst.**, [S.l.], v. 38, n. 8, p. 581-583, 1977.

GLASSMAN, A.H.; BIGGER, J.T. Antipsychotic drugs: prolonged QTc interval, torsade de pointes, and sudden death. **Am J Psychiatry**, [S.l.], v. 158, n. 11, p.1774-1782, 2001.

GOTTLIEB, M.; LONG, B.; KOYFMAN, A. Approach to the agitated emergency department patient. **The Journal of Emergency Medicine**, [S.l.], v. 54, n. 4, p. 447-457, 2018.

HOWES, O. D. Treatment-Resistant Schizophrenia: Treatment Response and Resistance in Psychosis (TRRIP) working group consensus guidelines on diagnosis and terminology. **Am J Psychiatry**, [S.l.], v. 174, n. 3, p. 216-229, 2017.

JENSEN, L.; CLOUGH, R. Assessing and treating the patient with acute psychotic disorders. **Nurs Clin N Am.**, [S.l.], v. 51, n. 2, p. 185-197, 2016.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria**. Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

LINS, S.L.B. Psicose: diagnóstico, conceitos e reforma psiquiátrica. **Mental**, Barbacena, v. 5, n. 8, p. 39-52, 2007.

NEW, A.; TUCCI, V.T.; RIOS, J. A modern-day fight club? The stabilization and management of acutely agitated patients in the emergency department. **Psychiatr Clin North Am.**, [S.l.], v. 40, n. 3, p. 397-410, 2017.

NOBAY, F.; SIMON, B.C.; LEVITT, M.A.; DRESDEN G.M. A prospective, double-blind, randomized trial of midazolam versus haloperidol versus lorazepam in the chemical restraint of violent and severely agitated patients. **Acad Emerg Med.**, [S.l.], v. 11, n. 7, p. 744-749, 2004.

PELTZER-JONES, J.; NORDSTROM, K.; CURRIER, G. *et al*. A research agenda for assessment and management of psychosis in emergency department patients. **West J Emerg Med.**, [S.l.], v. 20, n. 2, p. 403-408, 2019.

PETERS, J.G. Dopamine, noradrenaline and serotonin, spinal fluid metabolites in temporal lobe epileptic patients with schizophrenic symptomatology. **Eur. Neurol.**, [S.l.], v.18, n. 1, p.15-18, 1979.

QUEVEDO, J.; CARVALHO, A.F. **Emergências psiquiátricas**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

RUIZ, P.; SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SHEITMAN, B. B.; LEE, H.; STRAUSS, R.; UEBERMAN, J. A. The evaluation and treatment of first-episode psychosis. **Schizophrenia Bulletin**, [S.l.], v. 23, n. 3, p. 653-661, 1997.

SINGH, S.P. *et al*. Determining the chronology and components of psychosis onset: The Nottingham Onset Schedule (NOS). **Schizophr Res**, [S.l.], v. 80, n. 1, p. 117-130, 2005.

SOOD, T. R.; MCSTAY, C.M. Evaluation of the psychiatric patient. **Emerg Med Clin N Am.**, [S.l.], v. 27, n. 4, p. 6669-683, 2009.

SOUSA, L.M.L. *et al*. Levantamento epidemiológico das internações psiquiátricas da macrorregião norte do Ceará nos anos de 2015 e 2016. In: SOUZA, S. A. S. (Org). **O ensino aprendizagem face às alternativas epistemológicas**. Ponta Grossa: Atena, 2020, cap 16, p. 151-154.

THARA, R.; VIJAYAKUMAR, L. **Emergencies in Psychiatry in low and middle – income countries**. 2. ed. Nova York: Taylor & Francis, 2017.

UP TO DATE Industry-leading clinical decision support. 2022. Disponível em: <https://www.wolterskluwer.com/en/solutions/uptodate>. Acesso em: 10 set. 2022.

WILSON, M.P.; MINASSIAN, A.; BAHRAMZI, M. *et al.* Despite expert recommendations, second-generation antipsychotics are not often prescribed in the emergency department. **J Emerg Med**, [S.l.], v. 46, n. 6, p. 808-813, 2014.

WILSON, M.P.; PEPPER, D.; CURRIER, G.W.; HOLLOMAN, G.H.; FEIFEL, D. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the American Association for emergency psychiatry project Beta psy- chopharmacology workgroup. **West J Emerg Med**, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 26-34, 2012.

WIRSHING, W.C. Movement disorders associated with neuroleptic treatment. **J Clin Psychiatry**, [S.l.], v. 62, n. 21, p. 15-18, 2001.

WOLF, P. Acute behavioral symptomatology at disappearance of epileptiform EEG abnormality: paradoxical or “forced” normalization. *In*: SMITH, D.B.; TREIMAN, D.M.; TRIMBLE, M.R. (eds.). **Neurobehavioral problems in epilepsy**. New York: Raven, 1991.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options**. Genebra: WHO, 2004. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43027/924159215X_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 19 set. 2020.

ZIMERMAN, D. **Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

ZUN, L.; WILSON, M.P.; NORDSTROM, K. Treatment goal for agitation: sedation or calming. **Ann Emerg Med**, [S.l.], v. 70, n. 5, p. 751-752, 2017.

A

Aborto 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 125

Abuso sexual 14, 15

Antieméticos 182, 183, 184, 185, 188, 189

APH 18, 22, 23, 155, 156, 157, 158

Autismo 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110

B

Blood 74, 75, 77

Buffalo 75, 77, 79, 81, 82, 83

C

Carcinoma basocelular 35, 37, 41

Cirurgia micrográfica 35, 36, 37, 40, 41

Contenção de hemorragia 155, 156, 159

Criança 2, 15, 43, 46, 50, 56, 103, 105, 106, 107, 108, 109, 117, 124

Crianças e adolescentes 14, 15, 178

Cuidado Pré-Natal 59, 60

D

Depressão 4, 14, 28, 30, 31, 45, 87, 93, 94, 95, 131, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 145, 163

Doenças negligenciadas 65

Doenças preveníveis por vacina 111

Dor 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 29, 31, 33, 45, 67, 113, 116, 118, 138, 146, 147, 148, 150, 167

E

Educadores e desafios 103

Emergência médica 17

Emoções 30, 32, 42, 43, 45, 46, 49, 50, 51, 52, 54, 57, 91, 108, 142, 143

Enfermagem de saúde mental 42, 43, 44, 57

F

Família 8, 33, 49, 53, 60, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 143, 179

Frantz 146, 147, 150, 152, 153

G

Gestão de perigos 17

Gravidez na adolescência 58, 59, 60, 61, 62, 63

H

Hemorragia externa 155, 159

I

Inclusão social 103, 105, 106, 109

L

Laparotomia 146, 148, 149

Luto 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 141

M

Medicina 17, 22, 35, 70, 71, 72, 73, 74, 89, 103, 111, 133, 134, 139, 140, 141, 142, 160, 180, 181, 191

Mohs 35, 36, 37, 38, 40, 41

Mortalidade infantil 118, 122, 123, 124, 129

Mortalidade neonatal 61, 122, 123, 124, 130

Murrah 75, 76, 77, 81

Música 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 49, 52, 53, 139, 141

Musicoterapia 2, 3, 4, 5, 6, 10, 12, 132, 133, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 144, 145

N

Náusea 183, 185, 186, 190

Náusea e vômito induzidos pela quimioterapia 183

P

Pancreatite 146, 147, 148, 149

Parto normal 2, 13

Perícia psicológica 14, 15

Periodontite 64, 65, 66, 68, 69, 70

PHTLS 155, 157, 158, 159

Pneumonia bacteriana 111

Pneumonia necrotizante 111, 112, 113, 117, 118

Projeto 42, 43, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 55, 56, 71, 191

Psicose 87, 88, 89, 93, 94, 95, 96, 99, 101

R

Reação hansênica 64, 65, 66, 67, 68, 70, 71

Refugiados 42, 43, 44, 46, 55

Relaxamento 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 11, 12, 49, 50, 52

S

Saúde mental 25, 27, 29, 30, 31, 34, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 55, 57, 87, 100, 131, 132, 140, 143

Saúde reprodutiva 59, 60, 61

Sífilis congênita 121, 122, 123, 130

SNP 75, 76, 77, 81

Socorrista 16, 17, 19, 20

T

Trabalho de parto 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13

Tumor 36, 38, 39, 40, 146, 147, 149, 150, 152, 153

V

Vômitos 116, 148, 182, 183, 184, 185, 187, 188, 189, 190

A MEDICINA VOLTADA À PROMOÇÃO DA SAÚDE E DO BEM-ESTAR

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 @atenaeditora

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



A MEDICINA VOLTADA À PROMOÇÃO DA SAÚDE E DO BEM-ESTAR

 www.atenaeditora.com.br

 contato@atenaeditora.com.br

 @atenaeditora

 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

