

BMJ Best Practice

Transtorno psicótico breve

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Classificação	5
Prevenção	6
Prevenção secundária	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	9
Anamnese e exame físico	9
Exames diagnóstico	10
Diagnóstico diferencial	12
Critérios de diagnóstico	13
Tratamento	15
Abordagem passo a passo do tratamento	15
Visão geral do tratamento	17
Opções de tratamento	19
Acompanhamento	32
Recomendações	32
Complicações	32
Prognóstico	32
Diretrizes	34
Diretrizes de tratamento	34
Recursos online	35
Referências	36
Aviso legal	38

Resumo

- ◇ Início súbito de ao menos 1 sintoma psicótico positivo (por exemplo, delírios, alucinações, fala desorganizada, comportamento gravemente desorganizado ou catatônico).
- ◇ O episódio tem curta duração (1 a 30 dias), com retorno completo ao nível pré-mórbido de funcionamento; pode ocorrer na presença ou ausência de um importante estressor.
- ◇ O diagnóstico só pode ser feito caso descartem-se, como causa, outras condições médicas, neurológicas, psiquiátricas ou induzidas por medicamentos.
- ◇ O transtorno psicótico breve pós-parto é provável quando o início dos sintomas psicóticos se dá em até 4 semanas após o parto.
- ◇ O tratamento é com medicamento antipsicótico, e o acompanhamento se dá com um especialista em psiquiatria para monitorar o progresso e reduzir o risco de recorrência.

Definição

O transtorno psicótico breve (TPB) é um distúrbio de curta duração que envolve o início súbito de ao menos 1 sintoma psicótico positivo. Esses sintomas incluem delírios, alucinações, fala desorganizada (por exemplo, incoerência ou descarrilamento frequente) ou comportamento gravemente desorganizado ou catatônico.

O TPB pode durar entre 1 e 30 dias antes de o paciente retornar completamente ao nível pré-mórbido de funcionamento. Para ser diagnosticado como TPB, o distúrbio não deve ser induzido por substâncias nem ser justificado por um transtorno esquizoafetivo, por um transtorno do humor com características psicóticas, por esquizofrenia ou por uma condição médica geral (por exemplo, transtorno convulsivo, sarcoidose, câncer de pulmão, tireotoxicose ou trauma cranioencefálico).^[1] O TPB é categorizado conforme ocorra com estressores acentuados, sem estressores acentuados ou no pós-parto.^[1]

Epidemiologia

Estima-se que o transtorno psicótico breve (TPB) ocorra em 0.1% a 0.5% da população geral.^{[2] [3]} A maior parte dos estudos relata que o TPB ocorre com maior frequência em mulheres; porém, isso ainda é controverso.^{[2] [3] [4]} O transtorno psicótico breve (TPB) é mais frequente em países em desenvolvimento^[5] e em pessoas com transtorno de personalidade.^{[1] [4] [6]}

Há 3 tipos de TPB:

1. Com estressor(es) acentuado(s): esse tipo (formalmente denominado "psicose reativa breve") é diagnosticado quando os sintomas psicóticos ocorrem em resposta a 1 ou mais eventos que seriam considerados acentuadamente estressantes para a maioria das pessoas em situação similar.^[1] Relatou-se que a incidência desse tipo de TPB em recrutas da Força Aérea dos EUA era de 1.4 em cada 100,000 pessoas após o treinamento militar básico; porém, esses dados não foram coletados durante períodos de guerra.^[7] A incidência desse tipo de TPB nos EUA pode ter aumentado após os ataques terroristas de 11 de setembro de 2001, embora não haja certeza quanto a isso. No entanto, casos de TPB foram relatados em 2 indivíduos no nordeste dos EUA (longe de Nova York), que tiveram ataques causados pela cobertura midiática.^[8]
2. Sem estressor(es) acentuado(s): esse tipo é diagnosticado quando os sintomas psicóticos não parecem se dar em resposta a um evento estressante.^[1] A prevalência e a incidência não são conhecidas.
3. Com início no pós-parto: esse tipo é diagnosticado quando os sintomas psicóticos ocorrem em até 4 semanas do pós-parto.^[1] Estima-se que de 1 a 2 em cada 1000 mulheres tenham psicose pós-parto.^[9] Hospitalizações psiquiátricas antes do parto estão associadas a uma maior incidência de TPB pós-parto (9.3%),^[10] bem como a exposição ao estresse antes do parto.^[11]

Etiologia

O transtorno psicótico breve (TPB) pode ser desencadeado por um evento acentuadamente estressante ou pelo parto. Ele também pode ocorrer sem razão aparente. Há evidências de que o TPB está relacionado a transtornos do humor; porém, essa associação é considerada controversa.^[1] A exposição pré-natal ao estresse aumenta o risco de TPB pós-parto, assim como uma história de sintomas psiquiátricos. Algumas pessoas podem ter uma vulnerabilidade genética ao TPB, que ocorre com maior frequência em pessoas cujos parentes tiveram TPB.^[11]

Fisiopatologia

A fisiopatologia do transtorno psicótico breve (TPB) é desconhecida. A desregulação da dopamina está implicada na fisiopatologia da esquizofrenia; porém, o TPB ocorre com menos frequência, tornando-o difícil de ser estudado. Alguns dados sugerem que a psicose pós-parto seja uma apresentação observável do transtorno bipolar, coincidindo com as mudanças hormonais significativas que ocorrem após o parto.^[12]

Classificação

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5)^[1]

- Com estressor(es) acentuado(s): os sintomas psicóticos desenvolvem-se pouco tempo depois e, aparentemente, em resposta a 1 ou mais eventos que seriam considerados acentuadamente estressantes para qualquer pessoa em circunstâncias parecidas.
- Sem estressor(es) acentuado(s): os sintomas psicóticos não se desenvolvem, aparentemente, em resposta a eventos que seriam considerados acentuadamente estressantes para a maioria das pessoas em circunstâncias parecidas.
- Com início no pós-parto: o início dos sintomas psicóticos ocorre em até 4 semanas do pós-parto.

Prevenção secundária

A adesão ao tratamento é imperativa. A não adesão ao esquema de tratamento pode causar recidiva. Quanto mais cedo tratarem-se os sintomas, menos provável é que eles retornem. O clínico geral deve ser notificado imediatamente em caso de recorrência dos sintomas.

Caso clínico

Caso clínico #1

Um homem branco de 28 anos, sem história prévia de doença psiquiátrica, recebe uma promoção inesperada e muito prestigiosa no trabalho. Ele sente que um colega de trabalho a merecia mais. Ele se convence de que esse colega tem inveja de sua promoção e que está, conseqüentemente, planejando sabotá-lo. Seus medos passam a incluir todos os colegas de trabalho, e o homem começa a evitar o trabalho em função de sua paranoia. Após 2 semanas desse comportamento, ele pede à sua chefe que troque os cadeados em seu escritório, pois ele tem certeza de que seus colegas estão planejando roubar seus arquivos a fim de trazer-lhe problemas. Sua chefe recomenda que ele procure atendimento médico. Ele o faz e é tratado com um medicamento antipsicótico. Seus sintomas remitem em 1 semana e ele volta a trabalhar normalmente, sem sentir-se paranoico.

Caso clínico #2

Uma mulher branca de 27 anos, acompanhada de seu marido, apresenta sintomas psicóticos 2 semanas após dar à luz uma menina saudável. Seu marido afirma que ela o acusa de tentar sequestrar sua filha. Ela alega ouvir vozes dizendo-lhe que seu marido está tentando levar o bebê e que ela deveria 'fugir' com a filha e ir morar em outro lugar. Ela passa a receber uma dose baixa de olanzapina, e seus sintomas são monitorados. O bebê é monitorado para efeitos adversos, pois a mãe está amamentando. Após 2 semanas de tratamento e monitoramento, os sintomas remitem. Na consulta de acompanhamento após 1 mês, os sintomas não haviam retornado.

Outras apresentações

O transtorno psicótico breve pode apresentar-se com ou sem um estressor acentuado, bem como em até 4 semanas do pós-parto. Tipicamente, uma pessoa apresentará alucinações ou comportamento delirante. Porém, fala desorganizada (por exemplo, incoerência ou descarrilamento frequente) ou comportamento catatônico podem ser as características proeminentes da apresentação.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

O transtorno psicótico breve (TPB) não pode ser oficialmente diagnosticado até que a pessoa retorne completamente ao estado pré-mórbido de funcionamento após ≤ 1 mês demonstrando pelo menos 1 sintoma psicótico positivo. O TPB costuma ser um precursor diagnóstico da esquizofrenia. Entretanto, uma avaliação meticulosa e um diagnóstico diferencial devem ser conduzidos no momento de início dos sintomas. Os sintomas alvo devem ser tratados.

Vale lembrar que os critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) para transtornos psicóticos agudos e transitórios (TPAT) são ligeiramente diferentes dos critérios de duração da TPB, de <1 mês.^[1] Algumas subcategorias de TPAT podem ter um critério de 3 meses de sintomas que se diferenciam dos de psicose persistente.^[11] Em razão disso, há quem sugira que o critério de duração de 1 mês para TPB seja muito curto.^[14]

Diagnóstico

O TPB só pode ser diagnosticado depois da recuperação do indivíduo em até 1 mês após o desenvolvimento do(s) sintoma(s) psicótico(s). De outra forma, é difícil diagnosticar, já na apresentação, se o transtorno é uma forma precoce de esquizofrenia ou de transtorno delirante ou se é um transtorno do humor (por exemplo, transtorno depressivo maior com características psicóticas). Assim, o diagnóstico apropriado a ser dado antes da remissão dos sintomas é 'transtorno psicótico, sem outra especificação'.^[15] Os delírios associados ao TPB costumam ser altamente instáveis, e os tópicos mudam rapidamente se comparados àqueles na esquizofrenia. Além disso, alterações de humor são mais comuns no TPB que na esquizofrenia.^[16] Obter informações colaterais de amigos e familiares pode ser útil no estabelecimento da linha do tempo do episódio psicótico. Pode ser necessário, em casos complexos, encaminhar pacientes a um psiquiatra ou a uma equipe psiquiátrica para mais avaliações e opções de tratamento.

Também devem-se avaliar os fatores de risco para suicídio, bem como quaisquer impulsos homicidas. Os fatores de risco mais comuns para suicídio no TPB são alto nível educacional e impulsividade, tida como o lado negativo da "conscienciosidade" no Inventário de Cinco Fatores NEO. Esse inventário foi formulado para dar uma medida válida e confiável dos cinco domínios da personalidade adulta: Extroversão, Amabilidade, Conscienciosidade, Neuroticismo e Abertura para Experiências.^[17] Os fatores de risco mais comuns para suicídio em mulheres no pós-parto são história de transtornos psiquiátricos e história familiar de transtornos psiquiátricos.^[18]

Diagnóstico diferencial

Pessoas que apresentam sintomas psicóticos pela primeira vez necessitam de uma avaliação extensa e amplas considerações de diagnóstico diferencial. Além dos transtornos psiquiátricos, a psicose pode estar associada a uma vasta gama de condições neurológicas e médicas gerais. Encontrou-se que o transtorno convulsivo, sífilis, abuso de substâncias, sarcoidose, câncer de pulmão, tireotoxicose e trauma cranioencefálico eram a causa em cerca de 6% de 268 pacientes que apresentaram sintomas psicóticos pela primeira vez.^[19] Uma vez que as pessoas geralmente têm uma curta história de psicopatologia e têm dificuldade de lembrar com precisão de informações históricas, os dados clínicos mais importantes para o diagnóstico diferencial não costumam estar prontamente disponíveis. O abuso de substâncias, afecções clínicas comórbidas e fatores psicossociais muitas vezes confundem a avaliação do caso.

Avaliação médica

Todos os pacientes com sintomas psicóticos devem receber uma avaliação médica meticulosa, incluindo uma revisão de todos os sistemas e um exame físico que inclua avaliação neurológica. De acordo com as diretrizes de prática clínica da American Psychiatric Association,^[20] os pacientes devem receber avaliações laboratoriais, incluindo eletrólitos, ureia, creatinina, glicose, perfil de função hepática, testes da função tireoidiana, sorologia para sífilis, teste sérico de gravidez, urinálise, medição do peso/altura para avaliação do índice de massa corpórea (IMC) e exame toxicológico da urina.^[20] Exames laboratoriais são necessários para descartar outras afecções clínicas e para criar uma linha basal do funcionamento clínico antes do tratamento. Além disso, recomenda-se um eletrocardiograma (ECG), particularmente em pessoas com fatores de risco cardíacos ou história familiar de defeitos de condução cardíaca. Técnicas de neuroimagem (por exemplo, ressonância nuclear magnética [RNM] ou tomografia computadorizada [TC] cranioencefálica) não têm sensibilidade ou especificidade para serem aplicadas no diagnóstico de transtornos psicóticos. Elas podem ser usadas como uma avaliação secundária para excluir lesões neurológicas. Indica-se a avaliação secundária na presença de sinais e sintomas neurológicos como assimetria, fraqueza ou alteração sensorial.

O IMC também deve ser avaliado, pois a seleção do tratamento antipsicótico pode depender dos fatores de risco cardíacos. Certos antipsicóticos podem causar ganho de peso e outros efeitos metabólicos adversos.

Fatores de risco

Fracos

evento estressor significativo

- O transtorno psicótico breve (TPB) com estressor(es) acentuado(s) (previamente denominado 'psicose reativa breve') é diagnosticado quando os sintomas psicóticos ocorrem em resposta a 1 ou mais eventos que seriam considerados acentuadamente estressantes para a maioria das pessoas em situação similar.^[1] O início costuma ser abrupto. Fatores precipitantes incluem medo opressivo, ameaça de destruição iminente, isolamento social (por exemplo, encarceramento, prisão, surdez), luto e conflitos sexuais ou interpessoais intensos.^[6]

transtorno de personalidade

- Transtornos de personalidade preexistentes predispoem indivíduos ao TPB.^[1] ^[4] ^[6]

história familiar de transtornos psicóticos

- Alguns pacientes podem ter uma vulnerabilidade genética ao TPB, que ocorre com maior frequência em pessoas cujos parentes tiveram TPB.^[11]

4 semanas do pós-parto

- As características do período pós-parto (por exemplo, privação do sono, complicações obstétricas, alterações hormonais puerperais) e um aumento no estresse ambiental podem ser fatores contribuintes para o início dos sintomas psicóticos.^[12]

sintomas psiquiátricos prévios em mulheres

- Dados recentes sugerem que sintomas psiquiátricos e hospitalizações prévias aumentam o risco de TPB pós-parto.^[10]

idade entre 35 e 45 anos

- Esse transtorno é mais comum em pessoas com idade próxima dos 40 anos. Nas mulheres, ele foi associado a aumento do risco de hospitalização por TPB pós-parto.^[13]

mãe solteira

- Revelou-se que ser mãe solteira aumenta o risco de hospitalização por TPB pós-parto. No entanto, não se sabe se isso reflete uma diferença na incidência de TPB ou meramente uma diferença no apoio necessário.^[13]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os fatores de risco incluem: presença de eventos estressores significativos, transtorno de personalidade, história familiar de transtorno psicótico, período de até 4 semanas do pós-parto, sintomas psiquiátricos prévios em mulheres, idade em torno de 30 ao início dos 40 anos e ser mãe solteira.

idade superior a 18 anos (comum)

- Transtornos psicóticos são mais prevalentes em pessoas acima dos 18 anos de idade.

ao menos 1 sintoma psicótico positivo com duração >1 dia mas <1 mês (comum)

- A duração dos sintomas psicóticos do paciente é importante para o diagnóstico. Sintomas manifestos e que não remitem em até 1 mês não preenchem os critérios para transtorno psicótico breve (TPB). Outros diagnósticos, como esquizofrenia ou transtorno bipolar, devem ser considerados nesses casos.

sintomas não decorrentes do uso de substâncias (comum)

- O uso e a dependência de álcool e muitas drogas ilícitas podem causar sintomas psicóticos induzidos por substâncias. A história de uso de substâncias e o exame toxicológico da urina são úteis na exclusão dessas causas.

sintomas não decorrentes de condição médica (comum)

- Condições médicas como disfunção tireoidiana e sífilis estão associadas a sintomas psicóticos. São necessários história e exame físico para descartar esses problemas e diagnosticar o TPB.

Outros fatores de diagnóstico

parto recente: em até 4 semanas (comum)

- O TPB pode ocorrer secundariamente no período pós-parto, e mulheres devem ser questionadas quanto à data do último parto.

estresse e trauma recentes (comum)

- Estresse e trauma significativos podem precipitar o TPB. O paciente deve ser questionado quanto a eventos estressantes e traumáticos do passado recente.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
teste de gravidez no soro (mulheres) <ul style="list-style-type: none"> • Negativo em pacientes não gestantes; positivo em gestantes ou imediatamente após o parto. 	variável

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
eletrólitos <ul style="list-style-type: none"> Devem ser medidos para excluir anormalidades eletrolíticas antes do início do tratamento. 	normal
ureia <ul style="list-style-type: none"> Deve ser medida para excluir disfunção renal antes do início do tratamento. 	normal
creatinina <ul style="list-style-type: none"> Para excluir disfunção renal antes do início do tratamento. 	normal
glicose <ul style="list-style-type: none"> A situação da diabetes deve ser considerada antes da prescrição de certos antipsicóticos que podem causar ganho de peso e outros efeitos metabólicos adversos. 	normal
TFHs <ul style="list-style-type: none"> Para excluir disfunção hepática antes do início do tratamento. 	normal
testes da função tireoidiana (TFTs) <ul style="list-style-type: none"> Para excluir disfunção tireoidiana antes do início do tratamento. 	normal
sorologia para sífilis <ul style="list-style-type: none"> Para excluir sífilis antes do início do tratamento. 	normal
urinálise <ul style="list-style-type: none"> Para excluir disfunção renal ou infecção do trato urinário antes do início do tratamento. 	normal
exame toxicológico de urina <ul style="list-style-type: none"> Para excluir o uso de substâncias antes do início do tratamento. 	normal
eletrocardiograma (ECG) <ul style="list-style-type: none"> As medidas basais do ECG são importantes antes do tratamento antipsicótico, particularmente em pessoas com fatores de risco cardíacos ou história familiar de defeitos de condução cardíaca. 	normal
tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica <ul style="list-style-type: none"> Para excluir condições neurológicas subjacentes como causa dos sintomas psicóticos. 	normal (exclusão de causa neurológica subjacente para os sintomas)
ressonância nuclear magnética (RNM) cranioencefálica <ul style="list-style-type: none"> Para excluir condições neurológicas subjacentes como causa dos sintomas psicóticos. 	normal (exclusão de causa neurológica subjacente para os sintomas)

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Esquizofrenia	<ul style="list-style-type: none"> Período de psicose com duração >1 mês. O diagnóstico baseia-se na história do paciente, na história familiar e nos registros clínicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico clínico.
Transtorno delirante	<ul style="list-style-type: none"> Período de psicose com duração >1 mês. O diagnóstico baseia-se na história do paciente, na história familiar e nos registros clínicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico clínico.
Transtorno depressivo maior com características psicóticas	<ul style="list-style-type: none"> Período de psicose com duração >1 mês. O diagnóstico baseia-se na história do paciente, na história familiar e nos registros clínicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico clínico.
Uso recente de substâncias	<ul style="list-style-type: none"> Relato do paciente ou de familiar sobre uso recente de substâncias. Os achados do exame físico podem ser consistentes com os efeitos da substância. 	<ul style="list-style-type: none"> Toxicologia do sangue e/ou da urina: positiva para substâncias específicas.
Transtorno convulsivo	<ul style="list-style-type: none"> História de convulsões. 	<ul style="list-style-type: none"> EEG: achados típicos de acordo com o tipo de convulsão. TC e RNM cranioencefálicas: podem demonstrar lesões neurológicas causadoras.
Sífilis (quaternária)	<ul style="list-style-type: none"> História de contato sexual com pessoa infectada. Envolvimento do sistema nervoso central (SNC): pode estar associado a paralisia do nervo craniano, acidente vascular cerebral (AVC), demência, perda sensorial, pupila de Argyll Robertson. 	<ul style="list-style-type: none"> Soro e LCF: VDRL, RPR, hemaglutinação para Treponema pallidum (TPHA), FTA positivo.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Sarcoidose	<ul style="list-style-type: none"> Envolvimento do SNC: pode estar associado a paralisia dos nervos craniais e periféricos, convulsões, meningite (granulomatosa). O envolvimento hipofisário pode causar diabetes insípido. Características pulmonares incluem dispneia e tosse. 	<ul style="list-style-type: none"> Atividade da enzima conversora da angiotensina (ECA) sérica: elevada. TC e RNM cranioencefálicas: lesões com efeito de massa. Radiografia torácica: linfadenopatia hilar bilateral, infiltrados pulmonares.
Câncer pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> Metástases do SNC: sinais neurológicos focais. Síndromes paraneoplásicas: pode incluir neuropatia, miopatia, degeneração cerebelar. Características pulmonares incluem dispneia, tosse e hemoptise. 	<ul style="list-style-type: none"> TC e RNM cranioencefálicas: metástases Radiografia torácica e TC do tórax: massa, lesões numulares, derrame pleural, linfadenopatia hilar.
Tireotoxicose	<ul style="list-style-type: none"> Os sinais incluem taquicardia, tremor, aumento da tireoide. 	<ul style="list-style-type: none"> TSH: reduzido. T4 livre e T3 livre: elevados.
Trauma cranioencefálico	<ul style="list-style-type: none"> História de trauma cranioencefálico. Pode ser acompanhado por sinais neurológicos focais. 	<ul style="list-style-type: none"> TC e RNM cranioencefálicas: podem demonstrar sequelas focais de trauma, como hematoma, fratura craniana, edema cerebral.

Crítérios de diagnóstico

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição (DSM-5)[1]

Sintoma(s) psicótico(s)

- A presença de pelo menos 1 dos seguintes sintomas psicóticos positivos é observada: delírios, alucinações, fala desorganizada ou comportamento gravemente desorganizado ou catatônico.

Duração do episódio

- Por no mínimo 1 dia, mas <1 mês, antes de um retorno completo ao nível pré-mórbido de funcionamento.

Não justificado por outras condições

- O transtorno não pode ser justificado por uma condição médica geral, efeitos fisiológicos diretos de uma substância (abuso de drogas ou medicamentos), transtorno do humor com características psicóticas, transtorno esquizoafetivo ou esquizofrenia.

Abordagem passo a passo do tratamento

Há poucos dados de pesquisa sobre o transtorno psicótico breve (TPB) para guiar as recomendações de tratamento baseado em evidências e o manejo clínico.^[21] Todavia, tratamentos baseados em evidências para outros transtornos psicóticos são aplicáveis para a resolução em curto prazo dos sintomas do TPB.^[22]

O manejo deve incluir tanto intervenções psicossociais quanto tratamentos farmacológicos. O encaminhamento a um psiquiatra ou equipe psiquiátrica é apropriado para o acompanhamento adicional. O monitoramento em longo prazo é importante pelos seguintes motivos:

- Avaliar a recidiva
- Avaliar as circunstâncias que podem precipitar um encaminhamento a um profissional da saúde mental
- Abordar o envolvimento de apoios colaterais da família para garantir a adesão ao tratamento.

Abordagem geral

Os pacientes podem ter TPB com estressores acentuados, sem estressores acentuados ou no pós-parto. A abordagem geral de manejo combina medicamento antipsicótico e psicoterapia.^[15] A psicoterapia foca-se em ajudar a pessoa a lidar com o estressor ou com problemas do pós-parto.^[15] A seleção de medicamentos para mães lactantes exige consideração do risco da categoria de lactação. Em todos os grupos de pacientes, a duração do tratamento com medicamentos dependerá da duração e da gravidade dos sintomas, da presença de impulsos suicidas ou homicidas, da probabilidade de o paciente ou seus apoiadores responderem a sinais precoces de recidiva e das preocupações quanto a um possível transtorno do humor.^[15]

O índice de massa corpórea (IMC) e os fatores de risco cardíacos do paciente devem ser considerados antes da prescrição de certos antipsicóticos que podem causar ganho de peso e outros efeitos metabólicos adversos.

Pacientes que representam risco para si mesmo ou para os outros (por exemplo, tendências suicidas, homicidas, agressivas ou beligerantes) podem demandar uma breve hospitalização para avaliação e segurança.

Mulheres lactantes

A seleção de medicamentos para mães lactantes exige atenção especial à categoria de risco para lactação de cada medicamento:^[23]

- L1: o mais seguro
- L2: mais seguro
- L3: moderadamente seguro
- L4: possivelmente perigoso
- L5: contraindicado.

Em condições de aceitar ou tolerar tratamento oral e/ou apresentação na clínica

Na apresentação, o diagnóstico é desconhecido, e os sintomas psicóticos são tratados com antipsicóticos. No TPB, todos os sintomas remitem e o paciente retorna ao estado normal de

funcionamento. Em casos de remissão completa dos sintomas, deve-se considerar uma tentativa de redução e descontinuação do antipsicótico, e o tratamento não costuma ser necessário após 1 mês. Tratamentos psicossociais (psicoterapia e apoio familiar) devem ser oferecidos a todos os pacientes com TPB.[24]

- O tratamento oral de primeira linha é com um antipsicótico de segunda geração. Isso inclui olanzapina, risperidona, quetiapina, ziprasidona, aripiprazol ou paliperidona. Olanzapina (L2) em dose reduzida pode ser preferível para mães lactantes,[25] pois há poucos relatos publicados de tratamentos com risperidona (L3), quetiapina (L4), ziprasidona (L4), aripiprazol (L3) e paliperidona durante a amamentação.[23] [TOXNET: toxicology data network]
- Antipsicóticos orais de primeira geração são o tratamento de segunda linha. As opções incluem haloperidol, clorpromazina, perfenazina, flufenazina, trifluoperazina e loxapina. Em mulheres lactantes, haloperidol (L2), clorpromazina (L3) ou perfenazina (L3) podem ser preferíveis; algumas exigem dosagem reduzida. Efeitos adversos extrapiramidais são comuns com antipsicóticos de primeira geração. Pode-se dar um tratamento profilático (por exemplo, benztropina) para reduzir os efeitos adversos.
- O lorazepam pode ser administrado por seus efeitos ansiolíticos quando há necessidade de rápida sedação de indivíduos violentos ou agitados.

Agitação aguda, apresentação ao pronto-socorro e recusa ou intolerância ao medicamento oral

Pacientes que apresentam agitação e sintomas exacerbadamente psicóticos costumam ir ao pronto-socorro e geralmente exigem tratamento antipsicótico imediato. Pacientes que representam risco para si mesmo ou para os outros (por exemplo, tendências suicidas, homicidas, agressivas ou beligerantes) podem demandar uma breve hospitalização para avaliação e segurança. Medicamentos orais devem ser considerados e oferecidos como tratamento de primeira linha; porém, o tratamento intramuscular é muitas vezes necessário. O tratamento antipsicótico intramuscular deve ser substituído por um antipsicótico oral em até 3 dias. Tratamentos psicossociais (psicoterapia e apoio familiar) devem ser oferecidos a todos os pacientes com TPB.[24]

- Antipsicóticos de segunda geração são considerados o tratamento de primeira linha por seu risco reduzido de efeitos adversos extrapiramidais, cuja taxa de ocorrência é alta em pessoas não tratadas previamente com antipsicóticos. olanzapina, aripiprazol, e a ziprasidona estão disponíveis em formulações intramusculares e podem ser substituídos por medicamentos orais quando o paciente for estabilizado.
- Em mães lactantes, olanzapina (categoria L2 de risco para lactação) em dose reduzida pode ser preferível como tratamento de primeira linha nessa classe de antipsicóticos.[23] [25] [TOXNET: toxicology data network] Há poucos relatos publicados de tratamentos com ziprasidona (categoria L4 de risco para lactação) e aripiprazol (categoria L3 de risco para lactação) durante a amamentação. Também há poucos dados sobre acompanhamento em longo prazo; portanto, antipsicóticos de menor risco para a lactação, como olanzapina, devem ser considerados.
- O tratamento de segunda linha é um antipsicótico de primeira geração intramuscular (haloperidol). O tratamento com haloperidol deve ser dado apenas na dose mais baixa possível, com tratamento profilático para efeitos adversos extrapiramidais (benztropina ou difenidramina) para reduzir efeitos adversos. A dose deve ser reduzida para mães lactantes.

- Lorazepam, por seus efeitos ansiolíticos, pode ser administrado como adjuvante quando há necessidade de rápida sedação de indivíduos violentos ou agitados em esquemas de tratamento de primeira e segunda linha.

Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. (ver [Aviso legal](#))

Agudo (resumo)		
em condições de aceitar ou tolerar tratamento oral		
■ homens e mulheres não lactantes	1a	antipsicótico de segunda geração oral + apoio psicossocial
	adjunto	lorazepam oral
	2a	antipsicótico de primeira geração oral + apoio psicossocial
	mais	benzatropina oral
■ mulheres lactantes	adjunto	lorazepam oral
	1a	antipsicótico de segunda geração oral + apoio psicossocial
	adjunto	lorazepam oral
	2a	antipsicótico de primeira geração oral + apoio psicossocial
	mais	benzatropina oral
	adjunto	lorazepam oral
recusa ou tem intolerância a tratamento oral		
■ homens e mulheres não lactantes	1a	antipsicótico de segunda geração intramuscular + apoio psicossocial
	adjunto	lorazepam intramuscular
	2a	antipsicótico de primeira geração intramuscular + apoio psicossocial
	mais	benzatropina ou difenidramina
■ mulheres lactantes	adjunto	lorazepam intramuscular
	1a	antipsicótico de segunda geração intramuscular + apoio psicossocial
	adjunto	lorazepam intramuscular

Agudo		(resumo)
	2a	antipsicótico de primeira geração intramuscular + apoio psicossocial
	mais	benzatropina ou difenidramina
	adjunto	lorazepam intramuscular

Opções de tratamento

Agudo

em condições de aceitar ou tolerar tratamento oral

■ homens e mulheres não lactantes

1a antipsicótico de segunda geração oral + apoio psicossocial

Opções primárias

» **olanzapina**: 2.5 a 10 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 5 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

OU

» **risperidona**: 0.5 a 3 mg/dia por via oral administrados em 1-2 doses fracionadas, aumentar em incrementos de 1-2 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 8 mg/dia

OU

» **quetiapina**: 25 mg por via oral (liberação imediata) duas vezes ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 150 mg/dia no segundo e terceiro dias com uma dose alvo de 300-400 mg/dia no dia 4, aumentar mais de acordo com a resposta a cada 1-2 dias, máximo de 800 mg/dia

OU

» **ziprasidona**: 20 mg por via oral duas vezes ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 160 mg/dia

OU

» **aripiprazol**: 10-15 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 30 mg/dia

OU

» **paliperidona**: 6 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 12 mg/dia

OU

Agudo

» **iloperidona**: 1 mg por via oral duas vezes ao dia no dia 1, aumentar para 2 mg duas vezes ao dia no dia 2, depois aumentar em incrementos de 2 mg/dia duas vezes ao dia de acordo com a resposta, máximo de 24 mg/dia

OU

» **asenapina**: 5 mg por via sublingual duas vezes ao dia, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 20 mg/dia

OU

» **lurasidona**: 40 mg por via oral uma vez ao dia, aumentar de acordo com a resposta, máximo de 80 mg/dia

» Essas pacientes podem apresentar-se à clínica ou ao pronto-socorro. Antipsicóticos orais devem ser oferecidos como tratamento de primeira linha a todos os pacientes, a não ser que eles não tolerem ou não consigam tomar medicamentos orais.

» Na apresentação, o diagnóstico é desconhecido, e os sintomas psicóticos são tratados com antipsicóticos. No transtorno psicótico breve (TPB), todos os sintomas remitem e o paciente retorna ao estado normal de funcionamento. Em casos de remissão completa dos sintomas, deve-se considerar uma tentativa de redução e descontinuação do antipsicótico, e o tratamento não costuma ser necessário após 1 mês.

» Tratamentos psicossociais (psicoterapia e apoio familiar) devem ser oferecidos a todos os pacientes com TPB. O apoio familiar é essencial para garantir estrutura e segurança aos pacientes que podem estar tendo sintomas psicóticos pela primeira vez. Entretanto, para tratamentos não farmacológicos, é importante identificar percepções e necessidades individuais, que podem ser influenciadas por origens culturais e religiosas.[24]

» Em 2017, a European Medicines Agency (EMA) recusou-se a aprovar a autorização de introdução no mercado do antipsicótico iloperidona, uma vez que os seus benefícios não foram considerados superiores aos seus riscos. A EMA considera modesta a eficácia do medicamento. Havia preocupações sobre o início tardio da ação (2-3 semanas). Um risco significativo de prolongamento do intervalo QT

Agudo

adjunto

foi observado, em particular, em pacientes que tomavam outros medicamentos específicos de forma concomitante.[26] A loperidona ainda é aprovada pela Food and Drug Administration dos EUA e está disponível para uso em outros países não pertencentes à União Europeia.

lorazepam oral

Opções primárias

» **lorazepam**: 1-2 mg por via oral a cada 8 horas quando necessário

» O lorazepam pode ser administrado por seus efeitos ansiolíticos quando há necessidade de rápida sedação de indivíduos violentos ou agitados.

2a

antipsicótico de primeira geração oral + apoio psicossocial

Opções primárias

» **haloperidol**: 2-15 mg/dia por via oral administrados em 2-3 doses fracionadas inicialmente, máximo de 20 mg/dia

OU

» **clorpromazina**: 40-100 mg/dia por via oral (liberação imediata) em 2-4 doses fracionadas, aumentar em incrementos de 20-50 mg/dia a cada 3-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 800 mg/dia

OU

» **perfenazina**: 16-32 mg/dia por via oral administrados em 2-4 doses fracionadas inicialmente, aumentar de acordo com a resposta; máximo de 64 mg/dia

OU

» **flufenazina**: 2-10 mg/dia por via oral administrados em 2-4 doses fracionadas inicialmente, aumentar de acordo com a resposta em intervalos semanais; máximo de 40 mg/dia

OU

» **trifluoperazina**: 4-20 mg/dia por via oral administrados em 2 doses fracionadas inicialmente; máximo de 30 mg/dia

OU

Agudo

» **loxapina**: 20-50 mg/dia por via oral administrados em 2 doses fracionadas inicialmente; máximo de 100 mg/dia

» Essas pacientes podem apresentar-se à clínica ou ao pronto-socorro. Antipsicóticos orais devem ser oferecidos como tratamento de primeira linha a todos os pacientes, a não ser que eles não tolerem ou não consigam tomar medicamentos orais.

» Na apresentação, o diagnóstico é desconhecido, e os sintomas psicóticos são tratados com antipsicóticos. No transtorno psicótico breve (TPB), todos os sintomas remitem e o paciente retorna ao estado normal de funcionamento em até 1 mês após o início dos sintomas. Em casos de remissão completa dos sintomas, deve-se considerar uma tentativa de redução e descontinuação do antipsicótico, e o tratamento não costuma ser necessário após 1 mês.

» Tratamentos psicossociais (psicoterapia e apoio familiar) devem ser oferecidos a todas as pessoas com TPB. O apoio familiar é essencial para garantir estrutura e segurança às pessoas que podem estar tendo sintomas psicóticos pela primeira vez. Entretanto, para tratamentos não farmacológicos, é importante identificar percepções e necessidades individuais, que podem ser influenciadas por origens culturais e religiosas.[24]

mais **benzatropina oral**

Opções primárias

» **mesilato de benzatropina**: 1-2 mg por via oral duas a três vezes ao dia

» Efeitos adversos extrapiramidais são comuns com antipsicóticos de primeira geração. O tratamento profilático (por exemplo, benzatropina) pode ser dado para reduzir esses efeitos adversos.

» A benzatropina geralmente é prescrita para tremores.

adjunto **lorazepam oral**

Opções primárias

» **lorazepam**: 1-2 mg por via oral a cada 8 horas quando necessário

» O lorazepam pode ser administrado por seus efeitos ansiolíticos quando há necessidade

Agudo

mulheres lactantes

1a

de rápida sedação de indivíduos violentos ou agitados.

antipsicótico de segunda geração oral + apoio psicossocial

Opções primárias

» **olanzapina**: 2.5 a 7.5 mg por via oral uma vez ao dia inicialmente, aumentar em incrementos de 5 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 7.5 mg/dia

Opções secundárias

» **risperidona**: 0.5 a 3 mg/dia por via oral administrados em 1-2 doses fracionadas, aumentar em incrementos de 1-2 mg/dia em intervalos semanais de acordo com a resposta, máximo de 6 mg/dia

» Essas pacientes podem apresentar-se à clínica ou ao pronto-socorro.

» A seleção de medicamentos demanda atenção especial à categoria de risco para lactação de cada medicamento: L1 (o mais seguro), L2 (mais seguro), L3 (moderadamente seguro), L4 (possivelmente perigoso), L5 (contraindicado).[23] Para lactantes, dados limitados indicam que a olanzapina (categoria L2 de risco para lactação)[23] em doses de até 20 mg/dia produz baixos níveis no leite e níveis indetectáveis no soro de lactentes. O lactente deve ser monitorado quanto a torpor e aos marcos de desenvolvimento, especialmente se outros antipsicóticos são usados concomitantemente. [TOXNET: toxicology data network]

» Há poucos relatos publicados de tratamentos com risperidona (L3), quetiapina (L4), ziprasidona (L4), aripiprazol (L3) e paliperidona durante a amamentação, bem como poucos dados de acompanhamento de longo prazo; portanto, outros agentes podem ser preferidos para mães lactantes.[23] [TOXNET: toxicology data network]

» Tratamentos psicossociais (psicoterapia e apoio familiar) devem ser oferecidos a todas as pessoas com TPB. O apoio familiar é essencial para garantir estrutura e segurança às pessoas que podem estar tendo sintomas psicóticos pela primeira vez. Entretanto, para tratamentos não farmacológicos, é importante identificar percepções e necessidades individuais, que

Agudo

adjunto

podem ser influenciadas por origens culturais e religiosas.[24]

lorazepam oral

Opções primárias

» **lorazepam**: 1-2 mg por via oral a cada 8 horas quando necessário

» O lorazepam pode ser administrado por seus efeitos ansiolíticos quando há necessidade de rápida sedação de indivíduos violentos ou agitados.

2a

antipsicótico de primeira geração oral + apoio psicossocial

Opções primárias

» **haloperidol**: 0.5 a 5 mg/dia por via oral administrado em 2-3 doses fracionadas inicialmente, máximo de 10 mg/dia para mães lactentes

OU

» **clorpromazina**: 40-100 mg/dia por via oral (liberação imediata) em 2-4 doses fracionadas, aumentar em incrementos de 20-50 mg/dia a cada 3-4 dias de acordo com a resposta, máximo de 800 mg/dia

OU

» **perfenazina**: 16-24 mg/dia por via oral administrados em 2-4 doses fracionadas inicialmente, aumentar de acordo com a resposta; máximo de 24 mg/dia para mães lactentes

» Essas pacientes podem apresentar-se à clínica ou ao pronto-socorro.

» A seleção de medicamentos demanda atenção especial à categoria de risco para lactação de cada medicamento: L1 (o mais seguro), L2 (mais seguro), L3 (moderadamente seguro), L4 (possivelmente perigoso), L5 (contraindicado).[23] Para lactantes, informações limitadas indicam que o haloperidol categoria L2 de risco para lactação)[23] em doses de até 10 mg/dia produz baixos níveis no leite e não afeta o lactente. Dados muito limitados de acompanhamento em longo prazo não indicam quaisquer efeitos no desenvolvimento quando o haloperidol é utilizado isoladamente. Porém, a politerapia pode afetar negativamente o desenvolvimento.

Agudo

O lactente deve ser monitorado quanto aos marcos do desenvolvimento, especialmente se outros antipsicóticos são usados concomitantemente. [TOXNET: toxicology data network]

» Embora não esteja correlacionada à dose ou ao nível sérico, a clorpromazina (categoria L3 de risco para lactação)[23] é detectável no leite de algumas mães durante a terapia. Lactentes podem experimentar sonolência durante a terapia maternal com clorpromazina. Dados muito limitados de acompanhamento em longo prazo não indicam quaisquer efeitos no desenvolvimento quando o medicamento é utilizado sozinho.

» Informações limitadas indicam que doses de perfenazina de até 24 mg/dia produzem baixos níveis no leite. Dados muito limitados de acompanhamento em longo prazo não indicam quaisquer efeitos no desenvolvimento quando outras fenotiazinas são utilizadas isoladamente.

» Com o uso de haloperidol, clorpromazina e perfenazina, a politerapia pode afetar negativamente o desenvolvimento. O lactente deve ser monitorado quanto a sonolência excessiva durante a amamentação e ao atingimento de etapas do desenvolvimento, especialmente se outros antipsicóticos são usados concomitantemente. [TOXNET: toxicology data network]

» As categorias de risco para lactação de outros medicamentos são as seguintes: L3: flufenazina; L4: pimozida, tioridazina.

» Tratamentos psicossociais (psicoterapia e apoio familiar) devem ser oferecidos a todas as pessoas com TPB. O apoio familiar é essencial para garantir estrutura e segurança às pessoas que podem estar tendo sintomas psicóticos pela primeira vez. Entretanto, para tratamentos não farmacológicos, é importante identificar percepções e necessidades individuais, que podem ser influenciadas por origens culturais e religiosas.[24]

mais

benzatropina oral

Opções primárias

» **mesilato de benzatropina:** 1-2 mg por via oral duas a três vezes ao dia

» Efeitos adversos extrapiramidais são comuns com antipsicóticos de primeira geração. O tratamento profilático (por exemplo,

Agudo

benzotropina) pode ser dado para reduzir esses efeitos adversos.

» A benzotropina geralmente é prescrita para tremores.

adjunto lorazepam oral

Opções primárias

» **lorazepam**: 1-2 mg por via oral a cada 8 horas quando necessário

» O lorazepam pode ser administrado por seus efeitos ansiolíticos quando há necessidade de rápida sedação de indivíduos violentos ou agitados.

recusa ou tem intolerância a tratamento oral

■ **homens e mulheres não lactantes**

1a

antipsicótico de segunda geração intramuscular + apoio psicossocial

Opções primárias

» **olanzapina**: 5-10 mg por via intramuscular em dose única inicialmente, uma segunda dose pode ser administrada 2 horas depois se necessário, máximo de 30 mg/dia

OU

» **aripirazol**: 5.25 a 9.75 mg por via intramuscular em dose única inicialmente, uma segunda dose pode ser administrada 2 horas depois se necessário, máximo de 30 mg/dia

OU

» **ziprasidona**: 10-20 mg por via intramuscular em dose única inicialmente, pode repetir 10 mg a cada 2 horas ou 20 mg a cada 4 horas se necessário, máximo de 40 mg/dia

» Esses pacientes podem estar agudamente agitados, apresentando-se ao pronto-socorro.

» Antipsicóticos de segunda geração são o tratamento de primeira linha. Isso deve-se ao seu risco reduzido de efeitos adversos extrapiramidais, cuja taxa de ocorrência é alta em pessoas não tratadas previamente com antipsicóticos.

» Uma vez que o paciente for estabilizado, pode-se substituí-los por medicamento oral. O

Agudo

tratamento antipsicótico intramuscular deve ser substituído por um antipsicótico oral em até 3 dias.

» Tratamentos psicossociais (psicoterapia e apoio familiar) devem ser oferecidos a todas as pessoas com transtorno psicótico breve. O apoio familiar é essencial para garantir estrutura e segurança às pessoas que podem estar tendo sintomas psicóticos pela primeira vez. Entretanto, para tratamentos não farmacológicos, é importante identificar percepções e necessidades individuais, que podem ser influenciadas por origens culturais e religiosas.[24]

adjunto **lorazepam intramuscular**

Opções primárias

» **lorazepam**: 1-2 mg por via intramuscular em dose única; repetir a cada 8 horas se necessário

» O lorazepam pode ser administrado por seus efeitos ansiolíticos quando há necessidade de rápida sedação de indivíduos violentos ou agitados.

2a **antipsicótico de primeira geração intramuscular + apoio psicossocial**

Opções primárias

» **haloperidol lactato**: 0.5 a 5 mg por via intramuscular em dose única, repetir a cada 4-8 horas se necessário, máximo de 100 mg/dia

» Esses pacientes podem estar agudamente agitados, apresentando-se ao pronto-socorro.

» O haloperidol é um antipsicótico de primeira geração, mas só deve ser administrado na dose mais baixa possível.

» O tratamento antipsicótico intramuscular deve ser substituído por um antipsicótico oral em até 3 dias.

» Tratamentos psicossociais (psicoterapia e apoio familiar) devem ser oferecidos a todas as pessoas com transtorno psicótico breve. O apoio familiar é essencial para garantir estrutura e segurança às pessoas que podem estar tendo sintomas psicóticos pela primeira vez. Entretanto, para tratamentos não farmacológicos, é importante identificar percepções e necessidades individuais, que

Agudo

podem ser influenciadas por origens culturais e religiosas.[24]

mais benztropina ou difenidramina

Opções primárias

» **mesilato de benztropina**: 1-2 mg por via intramuscular duas a três vezes ao dia

OU

» **difenidramina**: 10-50 mg por via intramuscular em dose única

» Efeitos adversos extrapiramidais são comuns com antipsicóticos de primeira geração. O tratamento profilático com benztropina ou difenidramina pode ser dado para reduzir esses efeitos adversos.

adjunto lorazepam intramuscular

Opções primárias

» **lorazepam**: 1-2 mg por via intramuscular em dose única; repetir a cada 8 horas se necessário

» O lorazepam pode ser administrado por seus efeitos ansiolíticos quando há necessidade de rápida sedação de indivíduos violentos ou agitados.

■ **mulheres lactantes**

1a antipsicótico de segunda geração intramuscular + apoio psicossocial

Opções primárias

» **olanzapina**: 2.5 a 7.5 mg por via intramuscular em dose única inicialmente, podendo-se administrar uma segunda dose 2 horas depois se necessário, máximo de 30 mg/dia

» Esses pacientes podem estar agudamente agitados, apresentando-se ao pronto-socorro.

» Antipsicóticos de segunda geração são o tratamento de primeira linha. Isso deve-se ao seu risco reduzido de efeitos adversos extrapiramidais, cuja taxa de ocorrência é alta em pessoas não tratadas previamente com antipsicóticos.

» A seleção de medicamentos demanda atenção especial à categoria de risco para lactação de cada medicamento: L1 (o mais seguro), L2 (mais seguro), L3 (moderadamente seguro), L4 (possivelmente perigoso), L5 (contraindicado).[23] Há poucos relatos

Agudo

publicados de tratamentos com ziprasidona (categoria L4 de risco para lactação) e aripiprazol (categoria L3 de risco para lactação) durante a amamentação, bem como alguns poucos dados de acompanhamento em longo prazo. Portanto, outros agentes, como olanzapina (categoria L2 de risco para lactação) em dose reduzida, podem ser preferíveis para mães lactantes.[23] [25] [TOXNET: toxicology data network] Dados limitados indicam que doses de até 20 mg/dia de olanzapina produzem baixos níveis no leite e níveis indetectáveis no soro de lactentes. O lactente deve ser monitorado quanto a sonolência e ao atingimento de etapas do desenvolvimento, especialmente se outros antipsicóticos são usados concomitantemente. [TOXNET: toxicology data network]

» O tratamento antipsicótico intramuscular deve ser substituído por um antipsicótico oral em até 3 dias.

» Tratamentos psicossociais (psicoterapia e apoio familiar) devem ser oferecidos a todas as pessoas com transtorno psicótico breve. O apoio familiar é essencial para garantir estrutura e segurança às pessoas que podem estar tendo sintomas psicóticos pela primeira vez. Entretanto, para tratamentos não farmacológicos, é importante identificar percepções e necessidades individuais, que podem ser influenciadas por origens culturais e religiosas.[24]

adjunto **lorazepam intramuscular**

Opções primárias

» **lorazepam**: 1-2 mg por via intramuscular em dose única; repetir a cada 8 horas se necessário

» O lorazepam pode ser administrado por seus efeitos ansiolíticos quando há necessidade de rápida sedação de indivíduos violentos ou agitados.

2a **antipsicótico de primeira geração intramuscular + apoio psicossocial**

Opções primárias

» **haloperidol lactato**: 0.5 a 5 mg por via intramuscular em dose única, repetir a cada 4-8 horas se necessário, máximo de 10 mg/dia para mães lactantes

» Esses pacientes podem estar agudamente agitados, apresentando-se ao pronto-socorro.

Agudo

» O haloperidol é um antipsicótico de primeira geração, mas só deve ser administrado na dose mais baixa possível.

» A seleção de medicamentos demanda atenção especial à categoria de risco para lactação de cada medicamento: L1 (o mais seguro), L2 (mais seguro), L3 (moderadamente seguro), L4 (possivelmente perigoso), L5 (contraindicado).^[23] Informações limitadas indicam que o haloperidol categoria L2 de risco para lactação^[23] em doses de até 10 mg/dia produz baixos níveis no leite e não afeta o lactente. Dados muito limitados de acompanhamento em longo prazo não indicam quaisquer efeitos no desenvolvimento quando o haloperidol é utilizado isoladamente. Porém, a politerapia pode afetar negativamente o desenvolvimento. O lactente deve ser monitorado quanto aos marcos do desenvolvimento, especialmente se outros antipsicóticos são usados concomitantemente. [\[TOXNET: toxicology data network\]](#)

» O tratamento antipsicótico intramuscular deve ser substituído por um antipsicótico oral em até 3 dias.

» Tratamentos psicossociais (psicoterapia e apoio familiar) devem ser oferecidos a todas as pessoas com transtorno psicótico breve. O apoio familiar é essencial para garantir estrutura e segurança às pessoas que podem estar tendo sintomas psicóticos pela primeira vez. Entretanto, para tratamentos não farmacológicos, é importante identificar percepções e necessidades individuais, que podem ser influenciadas por origens culturais e religiosas.^[24]

mais benzatropina ou difenidramina

Opções primárias

» **mesilato de benztropina**: 1-2 mg por via intramuscular duas a três vezes ao dia

OU

» **difenidramina**: 10-50 mg por via intramuscular em dose única

» Efeitos adversos extrapiramidais são comuns com antipsicóticos de primeira geração. O tratamento profilático com benztropina ou difenidramina pode ser dado para reduzir esses efeitos adversos.

adjunto lorazepam intramuscular

Agudo

Opções primárias

» **lorazepam**: 1-2 mg por via intramuscular em dose única; repetir a cada 8 horas se necessário

» O lorazepam pode ser administrado por seus efeitos ansiolíticos quando há necessidade de rápida sedação de indivíduos violentos ou agitados.

Recomendações

Monitoramento

Uma vez que todos os sintomas tenham remitido e o antipsicótico tenha sido descontinuado, o paciente deve se consultar ao menos uma vez por mês durante os primeiros meses para avaliação da recorrência dos sintomas. Se os sintomas retornarem, outro diagnóstico, como esquizofrenia ou transtorno bipolar, deve ser considerado, e pode ser necessário o tratamento de longa duração.

Instruções ao paciente

A adesão por toda a duração do esquema de tratamento otimiza os desfechos. A não adesão ao esquema de tratamento pode causar recidiva. Visitas mensais de acompanhamento devem ser conduzidas pelos primeiros meses para avaliar a recorrência dos sintomas. Se os sintomas retornarem, pode ser necessário o tratamento de longa duração.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
suicídio	curto prazo	alta
A prevalência de suicídio no transtorno psicótico breve (TPB) é de aproximadamente 35.7%. ^[17] A identificação precoce dos fatores de risco é essencial para o manejo dos transtornos psiquiátricos. Os fatores de risco mais comuns para suicídio no TPB são alto nível educacional e impulsividade (tida como o lado negativo da 'conscienciosidade' no Inventário de Cinco Fatores NEO). ^[17] Os fatores de risco mais comuns para suicídio em mulheres no pós-parto são história de transtornos psiquiátricos e história familiar de transtornos psiquiátricos. ^[18]		
aumento de peso secundário a antipsicóticos	variável	média
Os antipsicóticos de segunda geração podem estar associados a ganho de peso. Exercícios físicos e aconselhamento nutricional devem ser iniciados para prevenir ou minimizar o ganho de peso.		
hiperglicemia e hiperlipidemia secundárias a antipsicóticos	variável	média
Os antipsicóticos de segunda geração podem estar associados a hiperglicemia e hiperlipidemia. Embora geralmente indique-se um tratamento de curta duração, o que pode minimizar esses efeitos, os pacientes devem ser educados sobre os potenciais efeitos adversos.		

Prognóstico

O prognóstico para o transtorno psicótico breve é, por definição, uma remissão completa de todos os sintomas psicóticos em até 1 mês após o primeiro sinal de transtorno. O sintomas que retornam após 1 mês devem ser reavaliados e diagnosticados. Uma metanálise de 82 estudos independentes abrangendo 11,133

pacientes para avaliar o risco de recorrência da psicose entre transtorno psicótico breve (TPB), transtorno psicótico agudo e transitório (TPAT), sintomas psicóticos intermitentes breves limitados (SPIBL) e sintomas psicóticos intermitentes breves (SPIB) não revelou qualquer diferença entre esses grupos. Uma análise de longo prazo revelou que o risco de recorrência da psicose era menor para TPB, TPAT, SPIBL e SPIB que para primeiro episódio de psicose aos 24 meses e aos 36 meses ou mais de acompanhamento.^[27]

Diretrizes de tratamento

América do Norte

Optimizing pharmacologic treatment of psychotic disorder: the Expert Consensus Guideline Series

Publicado por: Journal of Clinical Psychiatry

Última publicação em:
2003

Recursos online

1. [TOXNET: toxicology data network](#) (*external link*)
-

Artigos principais

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2013.
- Kane JM, Leucht S, Carpenter D, et al. Optimizing pharmacologic treatment of psychotic disorders: the expert consensus guideline series. J Clin Psychiatry. 2003;64(suppl 12):1-100. [Texto completo](#)

Referências

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2013.
- Castagnini A, Bertelsen A, Berrios GE. Incidence and diagnostic stability of ICD-10 acute and transient psychotic disorders. Comp Psychiatry. 2008;49:255-261.
- Perala J, Suvisaari J, Saarni SI, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. Arch Gen Psychiatry. 2007;64:19-28. [Texto completo](#)
- Jorgensen P, Bennedsen B, Christensen J. Acute and transient psychotic disorder: comorbidity with personality disorder. Acta Psychiatr Scand. 1996;94:460-464.
- Susser E, Wanderling J. Epidemiology of nonaffective acute remitting psychosis vs schizophrenia. Sex and sociocultural setting. Arch Gen Psychiatry. 1994;51:294-301.
- Ungvari GS, Mullen PE. Reactive psychoses revisited. Aust NZ J Psychiatry. 2000;34:458-467.
- Beighley PS, Brown GR, Thompson JW Jr. DSM-III-R brief reactive psychosis among Air Force recruits. J Clin Psychiatry. 1992;53:283-288.
- Rushing SE, Jean-Baptiste M. Two cases of brief psychotic disorder related to media coverage of the September 11, 2001 events. J Psychiatric Prac. 2003;9:87-90.
- Engqvist, I, Nilsson A, Nilsson K, et al. Strategies in caring for women with postpartum psychosis: an interview study with psychiatric nurses. J Clin Nurs. 2007;16:1333-1342.
- Harlow BL, Vitonis AF, Sparen P, et al. Incidence of hospitalization for postpartum psychotic and bipolar episodes in women with and without prior pregnancy or prenatal psychiatric hospitalizations. Arch Gen Psychiatry. 2007;64:42-48.
- Malhotra S, Malhotra S. Acute and transient psychotic disorders: comparison with schizophrenia. Curr Psychiatry Rep. 2003;5:178-186.
- Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. J Womens Health (Larchmt). 2006;15:352-368.

13. Nager A, Johansson LM, Sundquist K. Are sociodemographic factors and year of delivery associated with hospital admission for postpartum psychosis? A study of 500,000 first-time mothers. *Acta Psychiatr Scand.* 2005;112:47-53.
14. Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, et al. A comparison of DSM-IV brief psychotic disorder with "positive " schizophrenia and healthy controls. *Comp Psychiatry.* 2002;43:385-392.
15. Frances A, Ross R. *DSM-IV-TR case studies: a clinical guide to differential diagnosis.* Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2001.
16. Marneros A, Pillman F, Haring A, et al. What is schizophrenic in acute and transient psychotic disorder? *Schiz Bull.* 2003;29:311-323.
17. Pillman F, Balzuweit S, Haring A, et al. Suicidal behavior in acute and transient psychotic disorders. *Psychiatry Res.* 2001;117:199-209.
18. Hink E, Schutte JM, Heres MH, et al. Mortality in pregnant and newly delivered women due to psychiatric disorders. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2008;152:913-916.
19. Johnstone EC, Macmillan JF, Crow TJ. The occurrence of organic disease of possible or probable aetiological significance in a population of 268 cases of first episode schizophrenia. *Psychol Med.* 1987;17:371-379.
20. American Psychiatric Association. *American Psychiatric Association practice guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2006.* Arlington, VA: AMA, 2006.
21. Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, et al. The concordance of ICD-acute and transient psychosis and DSM-IV brief psychotic disorder. *Psychological Med.* 2002;32:525-533.
22. Kane JM, Leucht S, Carpenter D, et al. Optimizing pharmacologic treatment of psychotic disorders: the expert consensus guideline series. *J Clin Psychiatry.* 2003;64(suppl 12):1-100. [Texto completo](#)
23. ACOG Committee on Practice Bulletins - Obstetrics. ACOG practice bulletin: clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists number 92, April 2008 (replaces practice bulletin number 87, November 2007 [re-affirmed 2016]). Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol.* 2008;111:1001-1020.
24. Hultsjo S, Bertero C, Hjelm K. Perceptions of psychiatric care among foreign- and Swedish-born people with psychotic disorders. *J Adv Nurs.* 2007;60:279-288.
25. Usher K, Foster K, McNamara P. Antipsychotic drugs and pregnant or breastfeeding women: the issues for mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2005;12:713-718.
26. European Medicines Agency. Questions and answers: refusal of the marketing authorisation for Fanaptum (iloperidone). July 2017. <http://www.ema.europa.eu/> (last accessed 20 August 2017). [Texto completo](#)
27. Fusar-Poli P, Cappucciati M, Bonoldi I, et al. Prognosis of brief psychotic episodes: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2016;73:211-220.

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Kimberly R. Warren, PhD

Faculty Research Associate

Maryland Psychiatric Research Center, University of Maryland, School of Medicine, Department of Psychiatry, Catonsville, MD

DIVULGAÇÕES: KRW declares that she has no competing interests.

William R. Keller, MD

Assistant Professor

Department of Psychiatry, University of Maryland, School of Medicine, Department of Psychiatry, Catonsville, MD

DIVULGAÇÕES: WRK declares that he has no competing interests.

Deanna L. Kelly, PharmD

Associate Professor

Director, Treatment Research Program, Maryland Psychiatric Research Center, University of Maryland, School of Medicine, Department of Psychiatry, Catonsville, MD

DIVULGAÇÕES: DLK has served on the advisory boards for Bristol-Myers Squibb and Solvay. She has received an honorarium from Astra Zeneca.

// Colegas revisores:

Joel Yager, MD

Professor

Department of Psychiatry, University of New Mexico School of Medicine, Albuquerque, NM

DIVULGAÇÕES: JY is an author of a reference cited in this topic.

Craig N. Sawchuk, PhD

Affiliate Assistant Professor

Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Washington Medical Center, Seattle, WA

DIVULGAÇÕES: CNS declares that he has no competing interests.