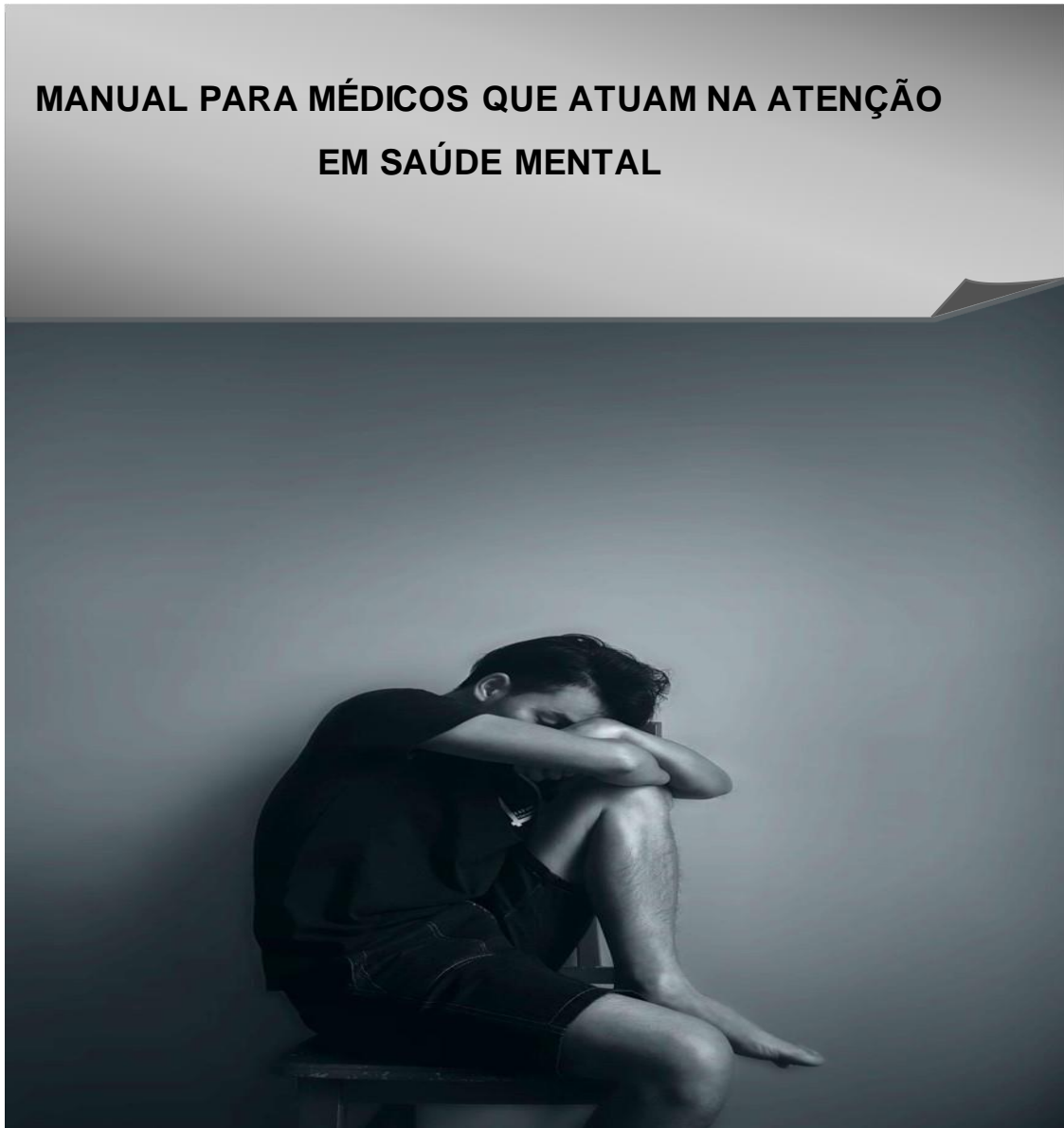




GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - UEPÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM SAÚDE NA
AMAZÔNIA



MANUAL PARA MÉDICOS QUE ATUAM NA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL



Autores: Mauro Marcelo Real Junior

Antônio Cordero da Silva

Belém -Pará

2021

ISBN: 978-65-00-22836-6

BR



9 786500 228366

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

R288c Real Junior, Mauro Marcelo Furtado

Manual para médicos que atuam na atenção em saúde mental/ Mauro Marcelo Furtado Real Junior, Orientador: José Antônio Cordero da Silva. Belém, 2021.

53 p. il. E-book

Bibliografia.

ISBN 978-65-00-22836-6

1. Saúde mental. 2. Metodologia ativa. 3. Médicos egressos. I. Silva, José Antônio Cordero da. (orient.). II. Título.

CDD. 1º ed. 362.2



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ - UEPA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM SAÚDE NA
AMAZÔNIA



MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO EM SAÚDE NA AMAZÔNIA



E-book apresentado ao programa de Mestrado Profissional de Ensino em Saúde na Amazônia (ESA-UEPA) da Universidade do Estado do Pará como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre.

Belém -Pará

2021

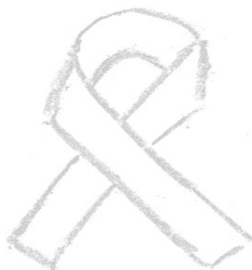
SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL	7
2.1 QUAL O CUIDADO CERTO EM SAÚDE MENTAL?.....	7
2.2 O ACOLHIMENTO.....	8
2.3 AS EXPECTATIVAS E O SOFRIMENTO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.....	9
2.4 O QUE É O SOFRIMENTO?	9
2.5 O QUE É CUIDADO?.....	10
2.6 TERRITÓRIOS EXISTENCIAIS E COESÃO SOCIAL	10
2.7 OS PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES- PTS.....	11
2.8 FAMÍLIA E SOFRIMENTO PSÍQUICO	12
2.9 PRINCIPAIS ASPECTOS DO CONTEXTO DE VIDA DE UMA PESSOA QUE ESTÃO ASSOCIADOS AO SOFRIMENTO MENTAL COMUM.....	13
2.10 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	14
3 OS TRANSTORNOS MENTAIS MAIS FREQUENTES	15
3.1 ANSIEDADE	15
3.2 DEPRESSÃO.....	19
3.3 TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR (TAB)	21
3.4 PSICOSE.....	26
REFERÊNCIAS	29

APRESENTAÇÃO

O presente manual foi desenvolvido para lhe ajudar acerca dos procedimentos que deverão ser adotados no atendimento de pessoas identificadas em sofrimento psíquico, para que você possa dispor de um material educativo e instrutivo que facilite as orientações a serem realizadas, com vistas ao cuidado em saúde mental. Esperamos que você encontre aqui orientações claras, simples e objetivas, para esclarecer as suas dúvidas mais comuns, ampliando o alcance das ações de saúde dirigidas à parcela da população portadora de sofrimento psíquico no município.

1 INTRODUÇÃO



A política de Saúde Mental possui um modelo centrado o indivíduo inserido em seu meio social, garantindo tratamento e fortalecendo a assistência ambulatorial com garantia de distribuição de medicamentos eficazes à Saúde Mental, satisfazendo aos preceitos da legislação que garante a universalidade, equidade e integralidade.

Tem como objetivo estruturar modalidades de tratamento a considerar não apenas a condição clínica do paciente, mas sobretudo promover sua recuperação, autonomia, reinserção social e reabilitação profissional, oferecendo cuidados em momentos de crise.

O sofrimento mental não é contínuo e ninguém é totalmente doente. Existem vários aspectos saudáveis preservados e é por meio deles que as pessoas podem ser resgatadas para uma vida o mais funcional possível. Neste manual, abordaremos alguns transtornos.

Assim, o presente manual está condicionado as orientações do Caderno de Atenção Básica Saúde mental do Ministério da Saúde e tem por finalidade auxiliar médicos não especialistas nas condutas a serem tomadas por ocasião do atendimento ao paciente com transtorno mental de forma prática e, especialmente, como material de consulta rápida. Portanto, abordará os transtornos mentais mais frequentes.

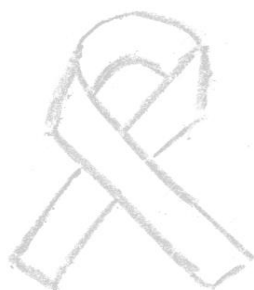
2 INTERVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Algumas vezes o profissional de Saúde já se sentiu inseguro, surpreso ou sem saber como agir assim que identificou uma demanda de saúde mental onde acreditamos provavelmente que em algumas destas situações se sente improvisando, ou usando a intuição e o bom senso. Desse modo, podemos dizer que estas reflexões e sensações são comuns à prática em saúde. No entanto, sentir-se sem chão ou sem um saber técnico específico não é suficiente para definir que uma intervenção em saúde mental possa estar errada.

Percebemos que as práticas em saúde mental na Atenção Básica podem e devem ser realizadas por todos os profissionais de Saúde, e que o cuidado em saúde mental não é algo de outro mundo ou para além do trabalho cotidiano na Atenção Básica. Pelo contrário, as intervenções são idealizadas na realidade do dia a dia do território, com as particularidades dos pacientes e de suas comunidades.

Assim, para que as intervenções possam se configurar como de saúde mental, é preciso refletir sobre o que já se realiza cotidianamente e o que o território tem a oferecer como recurso aos profissionais de Saúde para colaborar no manejo dessas questões.

2.1 QUAL O CUIDADO CERTO EM SAÚDE MENTAL?



Em saúde mental, as intervenções devem oferecer novas possibilidades de transformar e qualificar as condições e modos de vida, e não se limitar somente à cura de doenças. É importante ver o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é estabelecido no cotidiano dos encontros entre profissionais e paciente com transtorno mental, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde.

2.2 O ACOLHIMENTO



O acolhimento realizado nas unidades de Saúde é um dispositivo para a formação de vínculo e a prática de cuidado entre o profissional e o usuário. Em uma conversa inicial, através do acolhimento, a equipe da unidade de Saúde já pode oferecer um espaço de escuta a usuários e a famílias, de maneira que eles se sintam seguros e tranquilos para expressar suas aflições, dúvidas e angústias, sabendo então que a UBS está disponível para acolher, acompanhar e se o caso exigir, cuidar de forma compartilhada com outros serviços.

Estes encontros com os usuários oferecem ao profissional a possibilidade de conhecer as demandas de saúde da população de seu território. Com esta informação, a equipe de Saúde tem como criar soluções coletivas e individuais de cuidado avaliadas como as mais indispensáveis ao acompanhamento e ao suporte de seus usuários e de sua comunidade. No campo da Saúde Mental, temos como principais dispositivos comunitários os grupos terapêuticos, a abordagem familiar, as redes de apoio social e/ou pessoal do indivíduo, os grupos de convivência, entre outros.

2.3 AS EXPECTATIVAS E O SOFRIMENTO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

As intervenções em saúde mental são permeadas, geralmente, pela sensação de insegurança, justificada por:

- Não saber o que falar ou perguntar;
- Tem receios de piorar o quadro dos pacientes de saúde mental;
- Percebem que este campo do saber não lhes é acessível.
- O que perguntar quando estivermos em presença com aquele usuário?

O cuidado à saúde das pessoas deve acontecer ao longo do tempo, independentemente do usuário estar com alguma doença, trata-se de um acompanhamento processual.

- A sensação de não saber o que se está fazendo pode causar um sentimento de desconforto, impotência, autodepreciação e até mesmo de culpa;
- É preciso cuidado para que as intervenções de saúde não se transformem em regras rígidas, sob a consequência de que estas ações estejam apenas baseadas na remissão dos sintomas, descontextualizadas da vida do usuário e do território em que ele vive.

2.4 O QUE É O SOFRIMENTO?

Sufrimento não é o mesmo que dor, embora a dor possa levar a um sofrimento, mas não é qualquer dor que nos faz sofrer. Da mesma maneira, o sofrimento não equivale a uma perda, embora as perdas possam, ocasionalmente, nos fazer sofrer.

Na abordagem do sofrimento psíquico – seja ele enquadrado nas situações descritas como sofrimento mental comum ou nos casos de transtornos graves e persistentes, como as psicoses. Torna-se fundamental



para o profissional da atenção básica manter-se atento às diversas dimensões do sujeito que se apresenta a sua frente.

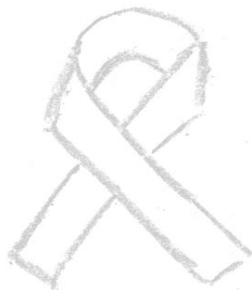
2.5 O QUE É CUIDADO?

Tendo em vista que cada pessoa é um conjunto de dimensões diferentes com relações distintas entre cada esfera, devemos em cada encontro com a pessoa que sofre, dar atenção ao conjunto dessas esferas, em uma abordagem integral, e assim identificar quais transformações ocorreram, como cada mudança influenciou em cada uma das esferas, quais correlações estão estagnadas ou ameaçadas, enfim, o que está provocando adoecimento e o que está em vias de causar adoecimento. É difícil resistir à tendência de



simplificações e à adoção de fórmulas mágicas. Cabe ao profissional de Saúde estar atento ao problema e criar novas possibilidades de arranjo para lidar com o problema. O profissional de Saúde não deve olhar fixamente para o sofrimento ou a doença, ou apenas a queixa, mas deve se lembrar que seu trabalho é produzir vida de forma mais ampla, e para isso cuidar de maneira integral.

2.6 TERRITÓRIOS EXISTENCIAIS E COESÃO SOCIAL



O território é um componente fundamental na organização dos serviços da Atenção Básica, pois é a partir deles que se estabelecem limites geográficos e de cobertura populacional que ficam sob a responsabilidade clínica e sanitária das equipes de Saúde. Os territórios existenciais, que podem ser individuais ou de grupo, representam espaços e processos de circulação das subjetividades das pessoas.

Deslocar o olhar da doença para a potencialização de novos modos individuais e grupais de estar no mundo apontando na direção de concepções positivas de saúde mental. Através da valorização da criatividade, utilização do tempo livre, o tempo de lazer e repouso, desenvolvimento de uma consciência social que aborde, de maneira crítica, os problemas individuais, grupais e sociais em geral.

O que vamos observar é que a formação de uma ampla rede de apoio contribui para alargar as possibilidades de intervenção com a família, nas suas muitas necessidades de cuidado, inclusive considerando os aspectos socioafetivos.

As redes com este perfil dinâmico e em intensa atividade exigem um permanente esforço de construção, com fóruns de discussão permanente entre trabalhadores destas entidades, o que as alimentam e as mantêm ativas e produtivas.

2.7 OS PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES-PTS



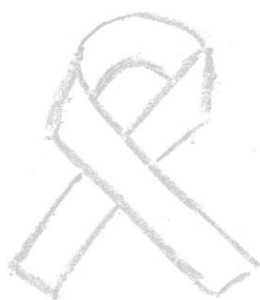
O PTS é uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido (BRASIL, 2007).

É importante estabelecer critérios de seleção dos casos que exigirão a construção de um PTS, como:

- Priorizar casos mais difíceis com maior gravidade e complexidade;
- Considerar a extensão e/ou intensidade de problemas apresentados por uma pessoa, família, grupo ou coletivo, bem como avaliar quão diversas dimensões estão afetadas (biológica, psicológica e social);
- Utilizar um roteiro norteador para ajudar na organização de um PTS: o diagnóstico situacional; a definição de objetivos e metas; a divisão de tarefas e responsabilidades e a reavaliação do PTS;

- O diagnóstico situacional - contato com uma pessoa, família, grupo ou coletivo em que o acolhimento empático e a escuta cuidadosa e sensível favorecem o vínculo;
- O acolhimento- disponibilidade de receber e ofertar em qualquer momento ao longo do processo de cuidado;
- Uma escuta cuidadosa e sensível - dar a voz à pessoa, à família, ao grupo ou ao coletivo para que falem sobre seus problemas, suas expectativas, suas explicações e suas tentativas de intervenção;
- Nessa etapa do diagnóstico situacional é importante identificar as necessidades, demandas, vulnerabilidades e potencialidades mais relevantes de quem busca ajuda;
- No momento do PTS é importante fazer projeções de curto, médio e longo prazo.
- A utilização do PTS como dispositivo de cuidado possibilita a reorganização do processo de trabalho das equipes de Saúde e favorece os encontros sistemáticos, o diálogo, a explicitação de conflitos e diferenças e a aprendizagem coletiva;
- A distribuição dos casos complexos entre os diversos trabalhadores sensíveis com os problemas de saúde mental.
- Lidar com o medo, o desconhecimento e a incerteza faz parte do trabalho em saúde, possibilitando a superação de desafios, o exercício da criatividade e a reconfiguração contínua dos territórios existenciais.

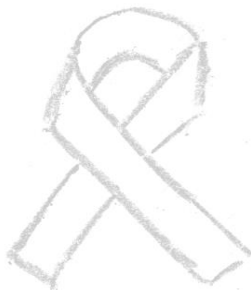
2.8 FAMÍLIA E SOFRIMENTO PSÍQUICO



A principal diretriz da Política Nacional de Saúde Mental, inspirada na reforma psiquiátrica brasileira, consiste na redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005). Dentro dessa perspectiva, a família é requisitada como parceira dos novos serviços, passando a ser concebida como necessária e aliada no cuidado de seu familiar em sofrimento psíquico. É fundamental considerar a família como protagonista do cuidado reabilitador.

Esse cuidado requer disponibilidade, esforço, compreensão, capacitação mínima, inclusive para que os cuidadores encontrem estratégias para lidar com frustrações, sentimentos de impotência e culpa, ou seja, com suas próprias emoções.

2.9 PRINCIPAIS ASPECTOS DO CONTEXTO DE VIDA DE UMA PESSOA QUE ESTÃO ASSOCIADOS AO SOFRIMENTO MENTAL COMUM.



- Vulnerabilidade: gênero, pobreza, cor da pele e desigualdade:
- Mulheres têm cerca de duas vezes mais chance de apresentar essa forma de sofrimento do que os homens. Homens, por exemplo, têm muito mais problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas do que mulheres.
- A pobreza também está relacionada a um risco mais elevado de sofrimento mental comum. No Brasil, estudos apontaram baixa escolaridade e menor renda como fatores de risco (PATEL, 2003; LORANT, 2003).
- Uma importante pesquisa feita no Brasil mostrou ainda que a vulnerabilidade das mulheres ao sofrimento mental comum é ainda maior entre as que se identificam como negras e pardas (segundo o IBGE) e entre aquelas com menor renda.
- Desestabilização: eventos de vida e seus significados.

Além de fatores estruturais como gênero, cor da pele, renda, escolaridade e trabalho, fatores conjunturais também aumentam o risco de sofrimento mental. É muito frequente que as pessoas relatem que algum acontecimento marcante em suas vidas tenha precedido o aparecimento do sofrimento.

- desencadeamento de sentimentos de humilhação ou de sentir-se sem saída.
- Perda de uma relação significativa, como a morte de um parente próximo;
- Sensação de medo (episódios de violência urbana).

2.10 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Nos quadros psicóticos estáveis, mesmo em regiões com recursos suficientes, os generalistas podem compartilhar o cuidado do transtorno mental com o psiquiatra, diminuindo o número necessário de visitas ao psiquiatra. Na realidade atual do SUS, é grande o número de pacientes portadores de psicoses crônicas que são acompanhados quase que exclusivamente por generalistas. O problema é que muitos se limitam ao fornecimento de medicação.

Para ir, além disso, também é necessário apoio próximo de profissionais de Saúde Mental.

Um pacote mínimo de cuidado na Atenção Básica deve incluir intervenções psicoeducacionais simples e, principalmente, a intermediação de ações intersetoriais. Essas visam aumentar a capacidade das pessoas que sofrem com transtornos mentais graves e persistentes de exercitarem sua cidadania. Ou seja, estudar, trabalhar, ganhar dinheiro, fazer amigos, namorar, frequentar espaços públicos, participar das decisões que influenciam em sua vida. Essas são ações que dependem de inserção no território, e é por isso que a Atenção Básica tem tanto a contribuir e aprender com o trabalho dos Caps.



3 OS TRANSTORNOS MENTAIS MAIS FREQUENTES

3.1 ANSIEDADE

➤ **O QUE É?** Pode ser uma reação normal do indivíduo ou um sintoma (patológica).

➤ **ANSIEDADE PATOLÓGICA** - surge sem explicação, sem estímulo apropriado ou proporcional para explicá-la, com amplitude, duração e frequência aumentadas, e associada a prejuízo do desempenho social ou profissional do indivíduo. Pode ser sintoma de doença física (asma, angina), doença mental (depressão, psicose) ou a própria doença mental (transtornos de ansiedade) (BVS, 2011).



➤ **SINTOMAS**

O quadro 1 demonstra alguns sintomas de ansiedade.

QUADRO 1 - Alguns Sinais e Sintomas de Ansiedade

SOMÁTICOS

Autonômicos: taquicardia, sudorese, diarreia, náuseas, piloereção, vasoconstricção.

Musculares: dores, contraturas, tremores.

Outros: sufocamento, afogamento, asfixia, tontura, parestesias, calafrios, ondas de calor.

PSÍQUICOS/COMPORTAMENTAIS

Tensão, nervosismo/irritabilidade, apreensão, mal estar, insegurança, medos, evitação, isolamento, dificuldade de concentração, sensação de estranheza, desrealização e despersonalização.

➤ DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é clínico, os critérios são estabelecidos para fins de facilidade de comunicação e uniformidade clínica pelas classificações diagnósticas *Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (CID-10) e *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5).

Nem sempre é fácil distinguir entre ansiedade “normal” e um transtorno de ansiedade, e o diagnóstico de alguns transtornos tem sido criticado pela possibilidade de medicalização de variações normais (p.ex., timidez versus fobia social). Medicação um sentimento normal é tão inadequado quanto não tratar um quadro de ansiedade patológica. Algumas perguntas podem ajudar na avaliação inicial do grau de ansiedade:

- Você se considera muito preocupado?
- Você já teve ataques de pânico?
- Existem lugares ou situações que você evita?
- Como a ansiedade e a evitação afetam sua vida?

O clínico deve pesquisar ansiedade em pacientes com:

- Múltiplas consultas médicas (mais de cinco por ano)
- Muitos sintomas físicos sem origem explicada, principalmente aqueles, devido a hiperatividade autonômica e tensão muscular;
- Dificuldades no trabalho e nas relações interpessoais; fadiga, alteração de peso e problemas de sono.
- Verificar Informações sobre a história pessoal, medicações em uso (inclusive auto-medicação), antecedentes dos tratamentos prévios e respostas a eles, uso de substâncias psicoativas (nicotina, álcool, cafeína, drogas recreativas), comorbidades clínicas, funcionamento pessoal diário, vida social, manutenção de estressores crônicos e desenvolvimento de sintomas fóbicos e evitativos (BVS, 2011).

➤ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- ◆ **Descartar ansiedade induzida por fármacos**, intoxicação ou abstinência de drogas ou psicotrópicos e outras condições clínicas que podem se apresentar com sinais e sintomas de ansiedade;
- ◆ **Excluir outras doenças psiquiátricas** devido à alta comorbidade, principalmente com depressão (60% dos casos de depressão tem sintomas ansiosos associados), abuso de substâncias, outros transtornos de ansiedade e doenças clínicas.

➤ Condições que podem desencadear sintomas de ansiedade:

Além do diagnóstico do transtorno específico, outras avaliações são indispensáveis, como os sintomas decorrentes a outra doença (Anexo II)

Quadro 2- Condições de saúde associados a sintomas de ansiedade.

Cardiovasculares: síndrome coronariana aguda, arritmia, insuficiência cardíaca.
Neurológicas: epilepsia, tremor essencial, encefalopatia, demência, enxaqueca.
Pulmonares: DPOC, asma, apneia do sono, embolia pulmonar.
Endocrinológicas: hipertireoidismo, hipotireoidismo, hiperparatireoidismo, hipoglicemia, feocromocitoma, menopausa, doença de Addison, doença de Cushing, cetoacidose diabética, hipercalcemia, hiperprolactinemia, hiperandrogenismo.
Diversas: anemia, delirium, espasmo esofágico, deficiência de ácido fólico, gastrite, intoxicação alimentar, doença do refluxo gastroesofágico, síndrome do intestino irritável, insônia, SIADH.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

➤ TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

- ◆ Únicos medicamentos que devem ser utilizados são os antidepressivos inicialmente com doses baixas: (Fluoxetina 10mg, Imipramina 25mg) - ao longo de algumas semanas, aumentar gradativamente.

◆ Em casos resistentes

Diversas estratégias podem ser adotadas caso o paciente não apresente resposta. As opções terapêuticas são: aumento de dose e duração estendida do tratamento, substituição de fármaco, associação de fármacos e psicoterapias. **Algumas condições clínicas indicam a necessidade de encaminhamento** (Ver anexo II).

Quadro 2 - Fármacos que podem desencadear ansiedade.

Corticoides	Bloqueadores do canal de cálcio
Carbamazepina	Antidepressivos
Cefalosporinas	Anti-histamínicos
Broncodilatadores	Anticolinérgicos: oxibutinina, meperidina
Tiroxinas	Digitálicos
Dopaminérgicos: amantadina, levodopa, bromocriptina, metoclopramida	Simpaticomiméticos: pseudoefedrina, adrenalina, efedrina
Estimulantes: cafeína, anfetamina, minofilina, teofilina, metilfenidato	Retirada de antidepressivos, álcool, benzodiazepínicos, sedativos, narcóticos e Barbitúricos

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017).

3.2 DEPRESSÃO

- **O QUE É?** É uma alteração patológica, persistente e inadequada, do humor; é resultante da combinação de fatores ambientais (como álcool e ritmos biológicos) e individuais (como os relacionados a personalidade e relacionamentos), que desencadeiam a doença em indivíduos biologicamente vulneráveis (WHO, 2017).



➤ DIAGNÓSTICO

Algumas apresentações comuns para depressão são:

- ◆ múltiplas queixas somáticas, ganho ou perda de peso, déficit cognitivo leve;
- ◆ múltiplas visitas médicas (>5/ano); problemas em mais de um sistema corporal, com ausência de achados físicos;
- ◆ fadiga (até 39% podem estar até associados ao transtorno do humor);
- ◆ disfunção no trabalho ou nos relacionamentos/mudança nas relações interpessoais;
- ◆ distúrbios do sono.

Quadro 3- Resumo dos Critérios diagnósticos da CID-10.

SINTOMAS FUNDAMENTAIS

1. Humor deprimido ou tristeza persistente
2. Perda de interesse ou prazer
3. Fatigabilidade ou perda de energia física e mental

SINTOMAS ACESSÓRIOS

4. concentração e atenção reduzidas
5. auto-estima e autoconfiança reduzidas
6. idéias de culpa e inutilidade
7. visões desoladas e pessimistas do futuro
8. idéias ou atos autolesivos ou suicidas
9. sono perturbado
10. apetite diminuído

➤ **TRATAMENTO FARMACOLÓGICO PARA DEPRESSÃO.**

DOSE INICIAL	DOSE DE MANUTENÇÃO	EFEITOS COLATERAIS COMUNS
Fluoxetina		
20-40mg/dia	20-40mg/dia casos leves a moderados	Dor de cabeça · Dificuldade para dormir · Diarreia · Cansaço · Fraqueza · Boca seca.
Imipramina		
200 a 300 mg/dia	50-100mg/dia	ganho de peso, retenção de líquidos e de urina, tontura, sedação, sonolência, agitação, ansiedade, cefaléia, entre outros.
Sertralina		
200 mg/dia	50-200mg p/dia	insônia, tontura, dor de cabeça, diarreia, náusea (enjoo)
Benzodiazepínicos (Diazepam ou lorazepam) - não são indicados como tratamento na depressão leve.		

Depois de um episódio agudo, deve ser oferecido aconselhamento, inclusive informação escrita, sobre:

- Psicoeducação a respeito da doença, importância de uma rotina diária (estilo de vida regular), higiene do sono e adesão ao tratamento medicamentoso; □□ Riscos do trabalho em turnos alternados (noturno) e trabalho excessivo (rotina de horas extras);
- Monitoração do humor, detecção de sinais de alerta e estratégias de prevenção de crises e de enfrentamento geral de problemas;
- Tratamentos de auto ajuda e/ou intervenções voltados para aumentar o reconhecimento e o auto manejo de períodos maníacos e depressivos são efetivos em diminuir a recorrência de ambos, e há alguma evidência de que pessoas com mínimo treinamento poderiam ensinar estas habilidades.

- As pessoas que apresentam quadro clínico estável, em tratamento de manutenção e que mantêm um bom funcionamento para as atividades da vida diária serão atendidas pelas equipes de ESF.

3.3 TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR (TAB)

- **O QUE É?** Transtorno mental grave, que geralmente tem um curso crônico e é caracterizado pela alternância entre episódios depressivos e episódios de elevação do humor (mania ou hipomania).



➤ **DIAGNÓSTICO**

O diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) deve ser feito segundo o preenchimento dos critérios diagnósticos do DSM-IV ou do CID-10.

CID-10 - Transtorno afetivo bipolar (F31)

Transtorno caracterizado por dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados, sendo que este distúrbio consiste em algumas ocasiões de uma elevação do humor e aumento da energia e da atividade (hipomania ou mania) e em outras, de um rebaixamento do humor e de redução da energia e da atividade (depressão). Pacientes que sofrem somente de episódios repetidos de hipomania ou mania são classificados como bipolares.

Para o diagnóstico de TAB tipo I, estabelece-se a presença de pelo menos um episódio de mania durante a vida. Já a TAB tipo II, hipomania, é um grau mais leve de mania, as anormalidades do humor e do comportamento são persistentes e marcantes e não são acompanhados por delírios ou alucinações.

Os sintomas principais da hipomania são: irritabilidade, alegria, jocosidade, sociabilidade, procura por companhia, aumento do desejo e do comportamento

sexual, tagarelice, autoconfiança e otimismo exagerado, desinibição e atitudes despreocupadas, redução da necessidade de sono, vitalidade, ânimo e aumento do envolvimento em projetos novos. A diminuição da necessidade de sono é o sintoma físico mais frequente. Considera-se a ativação ou a hiperatividade (de idéias ou ocupacional) um sintoma tão importante quanto a alteração de humor. Sempre questionar sobre sintomas hipomaniacos ao avaliar um paciente com depressão, excesso de atividade e comportamento desinibido .

Sintomas principais da mania
Humor expansivo e/ou irritável (“pavio curto”)
Aumento de energia e atividade
Aceleração psicomotora
Aumento da impulsividade
Idéias grandiosas, otimismo exagerado
Sintomas físicos: redução da necessidade de sono, aumento da libido

As remissões e recaídas possuem um padrão bastante variável, apesar das remissões aspirarem ficar cada vez mais reduzidas ao longo do tempo e os episódios depressivos mais comuns e duradouros.

Sinais e sintomas sugestivos de bipolaridade

Depressão acompanhada de:

- sintomas atípicos (hipersonia, hiperfagia);
- queixas depressivas incompatíveis, com expressão facial neutra;
- qualquer combinação de sintomas maníacos e depressivos;
- ativação noturna, não conseguir “desligar”;
- maior gravidade, mais queixas, sintomas melancólicos;
- características psicóticas: alucinações/ilusões auditivas e/ou visuais.

Idade de início mais precoce (menor que 25 anos)

Início abrupto, remissão súbita

Início no pós-parto

Personalidade hipertímica

Maior conexidade

Sazonal idade ou sensibilidade à luminosidade

Períodos de redução do tempo total de sono com aumento de energia

Qualquer componente recorrente, impulsivo, descontrolado e impetuoso

História familiar de TAB ou quaisquer dos itens acima

➤ DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- ◆ O abuso do uso de drogas e/ou álcool, cocaína e drogas sintéticas pois são prevalentes e podem estimular sintomas maníacos.
- ◆ Os Sintomas maníacos (e depressivos) podem mostrar condições orgânicas de base como hipo/hipertireoidismo, AVC e outras desordens neurológicas (por exemplo, demência), especialmente em pessoas com transtorno afetivo bipolar de início tardio (mais de quarenta anos).
- ◆ As comorbidades mais frequentes são: transtornos de ansiedade, como transtorno do pânico e transtorno obsessivo compulsivo; uso de substâncias psicoativas (SPA); transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) em adultos e crianças e transtorno desafiador de oposição em crianças; e,

especialmente entre as mulheres, transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e transtornos alimentares.

➤ TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

- ◆ Tem por objetivos, reduzir a severidade dos sintomas, estabilizar o humor e prevenir a recaída. A diferença individual na resposta à medicação irá determinar a escolha da droga, bem como os efeitos colaterais, potenciais danos associados a cada droga e uso prévio de medicação. Umhas variedades de intervenções, psicológicas e psicossociais, também podem ter alto impacto, mas, não substituem a necessidade de utilizar medicação na maior parte dos casos.
- ◆ Se não tratados, os episódios maníacos podem se tornar disruptivos e perigosos. Os episódios maníacos frequentemente levam a perda de emprego, problemas legais, problemas financeiros ou comportamento sexual de alto risco.

Prescrição Inicial de Lítio, Ácido Valpróico e Carbamazepina

Dose inicial *	Dose de manutenção	Efeitos colaterais comuns**
LÍTIO		
900 mg/dia; aumentar 300 a 600mg a cada dois ou três dias conformetolerado	900 a 1800 mg/dia; até 1200 mg pode ser dado em dose única à noite, se tolerado, ou em duas doses diárias. Nível sérico terapêutico: 0.8 a 1.5 mEq/L	Sede, poliúria, queixas cognitivas, tremor (dividir a dose, aumentar líquidos), ganho de peso, sedação, diarreia, náusea (desidratação pode levar a toxicidade), hipotireoidismo (monitorar TSH, prescrever levotiroxina se elevado)
ÁCIDO VALPRÓICO		
500 a 750 mg/dia, aumentando 250-500mg a cada 2-3 dias, se tolerado; uma alternativa é iniciar com 20 mg/kg/dia para mania, ajustando a dose em 3-5 dias	1.000 a 3.000 mg/dia (doses mais baixas podem ser usadas na hipomania), em dose única noturna ou duas doses diárias. Níveisérico: 50 a 125 µg/MI	Tremor, sedação, diarreia, náusea/dispepsia (prescrever ranitidina), ganho de peso, perda de cabelo, pequena elevação de enzimas hepáticas
CARBAMAZEPINA		
200 a 400/dia; aumentar 200mg a cada 2-4 dias	400 a 1.200 mg/dia, em dose única noturna ou duas doses diárias	Cefaléia, nistagmo, ataxia, sedação, rash, leucopenia (não utilizar com clozapina), pequena elevação das enzimas hepáticas. Carbamazepina está associada com múltiplas interações medicamentosas relacionadas a indução do citocromo P450, resultando em níveis mais baixos de diversas medicações.

*iniciar com doses mais baixas para idosos, pessoas debilitadas e em hipomania

**muitos dos efeitos colaterais são dose relacionados. A tolerância pode ser aumentada, adaptando a dose de acordo com a tolerância e resposta de cada paciente. Pode se utilizar para o tremor um beta-bloqueador (atenolol 50mg/d ou propranolol 20-60mg em duas doses)

Antidepressivos devem ser evitados nas seguintes situações:

- Transtorno bipolar de ciclagem rápida;
- Episódio hipomaniaco recente;
- Flutuações de humor com prejuízo funcional;

Nestes casos, aumentar a dose do agente antimaníaco ou acrescentar um segundo agente antimaníaco.

Ao iniciar um antidepressivo, orientar o paciente sobre:

- A possibilidade da virada maníaca ou hipomaniaca;
 - O início de ação lento e a natureza gradual e flutuante da resposta;
 - A necessidade de tomar a medicação como prescrita e o risco dos sintomas de descontinuação e de abstinência;
 - A necessidade de monitorar sinais de acatisia, ideação suicida (normalmente todas as pessoas deveriam ser reavaliadas uma semana após o início do tratamento) e aumento da ansiedade e agitação psicomotora (especialmente nos estágios iniciais)
- Como procurar ajuda ao aparecerem os sintomas acima?

Se um paciente não responde ao uso de antidepressivo:

- Avaliar uso de SPA, fatores estressores psicossociais, doenças físicas, comorbidade com ansiedade e má aderência terapêutica.
- Aumentar a dose do antidepressivo
- Trocar o antidepressivo
- Adicionar lítio, se não estiver sendo usado.

Pacientes com sintomas depressivos devem ser aconselhados sobre: programas de exercícios estruturados, programação de atividades diárias, engajamento em atividades prazerosas com objetivos pré-definidos, dieta e sono adequado, rede social de suporte apropriada.

Depois do tratamento bem sucedido de um episódio depressivo, não considerar rotineiramente tratamento com antidepressivo em longo prazo, porque não há evidência de que isso reduz as recaídas e pode estar associado a um aumento do risco de virada maníaca.

3.4 PSICOSE

- **O QUE É?** disfunção da capacidade do pensamento e processamento de informações, cujo aspecto central é a perda do contato com a realidade. Caracteriza-se pela presença de delírios e alucinações. As alucinações podem se manifestar por meio de qualquer um dos cinco sentidos, sendo as mais frequentes as auditivas e visuais (“ouvir vozes”, “ver vultos”). Uma das principais características do estado psicótico é a dificuldade em quantificar e classificar a prioridade dos estímulos. A capacidade de agir sobre a realidade é imprevisível, porque a pessoa é incapaz de distinguir os estímulos externos dos internos (BRASIL, 2013).



➤ **DIAGNÓSTICO**

É necessário realizar, em todo paciente, um estudo diagnóstico inicial completo que inclua:

- ◆ História clínica psiquiátrica e médica geral;
 - ◆ História psicossocial e história psiquiátrica familiar;
 - ◆ Exame físico e do estado mental;
 - ◆ Avaliação física;
 - ◆ Exames complementares
- **Diagnóstico diferencial e condições clínicas que podem causar sintomas psicóticos**

Os sintomas psicóticos podem ter origens diversas:

- Quadro psicótico agudo induzido por álcool e outras drogas;
- ◆ Esquizofrenia;
- ◆ Transtorno esquizoafetivo;
- ◆ Transtorno de humor com sintomas psicóticos;

- ◆ Distúrbios orgânicos: transtornos endócrino-metabólicos, infecções, doença auto imune, epilepsia do lobo temporal, tumor cerebral, acidente vascular cerebral, intoxicações e quadro medicamentoso.

- ◆ Agentes farmacológicos que apresentam o potencial de causar psicose aguda: digitais, corticóides, isoniazida, antabuse, tricíclicos, anticonvulsivos cimetidina, benzodiazepinico, anfetaminas e drogas relacionadas, antiarrítmicos, narcóticos, barbitúricos, metildopa, agentes antiinflamatórios não esferóides, antineoplásicos e drogas recreacionais. Em geral, geram sintomas isolados e transitórios.

➤ **Diagnóstico segundo os critérios do CID-10.**

- (a) eco do pensamento, inserção ou roubo do pensamento, irradiação do pensamento;
- (b) delírios de controle, influência ou passividade referidos ao próprio corpo ou a movimentos dos membros, percepção delirante;
- (c) alucinações referidas como vozes que comentam os comportamentos do paciente ou discutem sobre o paciente ou discutem sobre o paciente entre si, ou outros tipos de vozes que vêm de alguma parte do corpo do indivíduo;
- (d) delírios persistentes de outros tipos que são impróprios culturalmente ou completamente impossíveis, como de identidade política ou religiosa, ou de poderes ou habilidades supra-humanos (p. ex., ser capaz de controlar o tempo, ou ter comunicação com seres extraterrenos);
- (e) alucinações persistentes de qualquer modalidade, quando acompanhadas por delírios sem conteúdo afetivo claro, ou por idéias prevalentes persistentes.
- (f) interrupções ou interpolações do curso do pensamento, resultando em discurso incoerente ou irrelevante; ou neologismos;
- (g) comportamento catatônico, com excitação, flexibilidade cérea, negativismo, mutismo ou estupor;
- (h) sintomas "negativos", como apatia, pobreza de discurso, respostas emocionais embotadas ou incongruentes, em geral resultando em retraimento social ou queda do desempenho social; deve estar claro que esses sintomas não se devem a depressão ou medicação antipsicótica;
- (i) uma modificação significativa e consistente na qualidade de alguns aspectos do comportamento pessoal, como perda de interesse, falta de metas, retraimento social e inatividade.

➤ **TRATAMENTO FARMACOLÓGICO**

DOSE INICIAL	DOSE DE MANUTENÇÃO	EFEITOS COLATERAIS COMUNS
Haloperidol ou clorpromazina		
de 0,5 a 2 mg, 2 a 3 vezes ao dia,	entre 1 e 15 mg ao dia	tremor, hipertonia (rigidez muscular), distonia, sonolência, bradicinesia (movimentos lentos). Distúrbios oftalmológicos: distúrbios visuais. Distúrbios gastrintestinais: constipação, boca seca, hipersecreção saliva

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** - DSM-IV (1994). Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY. **Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder** (revision). 159(4 Suppl):1-50, april, 2002.

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

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - PROJETO DIRETRIZES: **Diagnóstico e Tratamento dos Transtornos de Ansiedade**. [s.l.]. Disponível em URL:
<http://www.projetodiretrizes.org.br/>

BIPOLAR DISORDER: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care NICE clinical guideline 38, National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Health and Clinical Excellence, julho de 2006, www.nice.org.uk/CG038

BRASIL. Lei n. 10216 de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Disponível em:
 <<http://www.saude.gov.br/sas/portarias.htm>>. Acesso em: 02/03/2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 548 p.: il. (Caderno Humaniza SUS ; v. 5).

BVS - Ministério da Saúde - Dicas em Saúde – Biblioteca. Disponível em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/224_ansiedade. Acesso em: 10 mar. 2021.

FALKAI, PETER and FORCA-TAREFA DA WFSBP PARA DIRETRIZES PARA O TRATAMENTO BIOLÓGICO DA ESQUIZOFRENIA et al. **Diretrizes da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica para o tratamento biológico da esquizofrenia. Parte 1: tratamento agudo**. *Rev. psiquiatr. clín.* [online]. 2006, vol.33, suppl.1, pp.7-64. ISSN 1806938X. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832006000700003>.

Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental no link:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental. Pdf

KAPLAN, HAROLD E SADOCK, BENJAMIN J. **Tratado de psiquiatria**. 6.ed. Porto Alegre-RS: Artmed, 1999. v.2.

Bipolar disorder: the management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care NICE clinical guideline 38, National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Health and Clinical Excellence, julho de 2006, www.nice.org.uk/CG038

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Protocolo de atenção em saúde mental**. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão - CID-10 (1993)**. (Trad). Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Universidade de São Paulo: Edusp, 1997

SAÚDE MENTAL NO SUS: **Acesso ao Tratamento e Mudança do Modelo de Atenção. Relatório de Gestão no período 2003-2006, Coordenação Geral de Saúde Mental**. Ministério da Saúde – 2007.

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN). **Bipolar affective disorder**. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). 41 p., may, 2005.

TELESSAÚDERS-UFRGS. TelessaúdeRS-UFRGS: Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul [homepage]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/>. Acesso em: 21 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care**. Geneva: WHO, 2009.

Disponível em:

http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/en/. Acesso em: 10 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and common mental disorders – Global health estimates**. Geneva: WHO, 2017.

ANEXOS I

20/04/2024

DVS - Ministério da Saúde - Dicas em Saúde



RegulaSUS

Atendimento para médicos e enfermeiros da APS/AB do Brasil
 PARA ESCLARECER DÚVIDAS LIGUE: 0800 644 6543
www.telessaunders.ufrgs.br
 Psiquiatria Adulto

Protocolo 2 – Transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento:

- caso refratário: ausência de resposta ou resposta parcial a duas estratégias terapêuticas efetivas (psicoterapia e/ou psicofármacos em dose terapêutica e por pelo menos 8 semanas); ou
- caso associado a transtorno por uso de substâncias grave (ver quadro 1 no anexo); ou
- paciente com ideação suicida persistente.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do quadro psiquiátrico atual (evolução dos sintomas, características que sugerem diagnóstico [ver quadro 3, 4 e 5 no anexo]);
2. hipótese diagnóstica (pânico, agorafobia, ansiedade social, ansiedade generalizada, TOC, fobia específica, TEPT ou outro transtorno de ansiedade);
3. presença de sintomas psicóticos atuais ou no passado? (sim ou não). Se sim, descreva;
4. presença de ideação suicida/tentativas de suicídio atuais ou no passado? (sim ou não) Se sim, descreva;
5. apresenta prejuízo funcional associado à condição (sim ou não). Se sim, descreva;
6. histórico psiquiátrico:
 - a. outros transtornos psiquiátricos atuais e/ou passados? (sim ou não) Se sim, descreva;
 - b. internações psiquiátricas anteriores? (sim ou não). Se sim, número de internações e ano da última internação;
7. tratamento em uso ou já realizado para a condição (psicoterápico - tipo e duração - ou farmacológico - dose e posologia);
8. número da teleconsultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

ANEXO II

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde

Saúde Mental

Cadernos de Atenção Básica, nº 34



Brasília – DF
2013

© 2013 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página <www.saude.gov.br/editora>.

Tiragem: 1ª edição – 2013 – 50.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Atenção Básica
SAF Sul, Edifício Premium, Quadra 2,
Lotes 5/6, Bloco II, Subsolo
CEP: 70.070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9031
Site: www.dab.saude.gov.br
E-mail: dab@saude.gov.br

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação de Saúde Mental
SAF Sul, Edifício Premium, Quadra 2,
Lotes 5/6, Bloco II, Térreo
CEP: 70.070-600 – Brasília/DF
Site: portal.saude.gov.br/portal/saude/
area.cfm?id_area=925#
E-mail: saudemental@saude.gov.br

Editor geral:
Hêider Aurélio Pinto

Editor técnico:
Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti

Coordenação geral de elaboração:
Eduardo Alves Melo
Roberto Tykanori Kinoshita

Organização:
Alexandre Teixeira Trino
Camila Maia Franco
Marcelo Pedra Martins Machado

Autoria:
Alexandre Teixeira Trino
Ana Rita Vieira de Novaes
Angelo Giovanni Rodrigues
Claudio Antonio Barreiros
Daniel Miele Amado
Edith Lauridsen-Ribeiro
Eduardo Alves Melo
Fabiane Minozzo
Gilberto David Filho
Jamili Joana de Melo Calixto
Leon de Souza Lobo Garcia
Marcus Vinicius de Oliveira Silva
Maria Angela Maricondi
Maria Cristina Ventura Couto
Maria Gabriela Curubeto Godoy
Mariana da Costa Shom
Mayara Novais Pereira
Marcelo Pedra Martins Machado

Nathaniel Pires Raymundo
Pablo Franklin da Silva Balero
Paulo Roberto Sousa Rocha
Rafael Casali Ribeiro
Ricardo Lugon Arantes
Roberto Tykanori Kinoshita
Rosana Ballesterio
Rosani Pagan
Sabrina Ferigato
Sílvia Maria Franco Freire
Taciene Pereira Maia
Thais ALESSA Leite
Tiago Pires de Campos
Túlio Batista Frano
Victor Brandao Ribeiro

Colaboradores:
Andrea Gallassi
Filipe Willadino Braga
Helio Ribeiro
Helvo Slomp Júnior
Iana Profeta Ribeiro
Iracema Benevides
Patrícia Sampaio Chueiri
Paula Mesquita Spinola
Suzana Campos Robortella

Coordenação editorial:
Marco Aurélio Santana da Silva

Editora responsável:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: www.saude.gov.br/editora
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:
Normalização: Amanda Soares
Daniela Ferreira
Maristela da Fonseca Oliveira
Revisão: Eveline de Assis
Khamila Silva
Silene Lopes Gil
Capa, projeto gráfico e diagramação: Marcelo S. Rodrigues
Supervisão editorial: Débora Flaeschen

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

ISBN 978-85-334-2019-9

1. Saúde mental. 2. Atenção básica. 3. Atenção em saúde mental no SUS. I. Título.

CDU 614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2013/0283

Títulos para indexação:
Em inglês: Mental health
Em espanhol: Salud mental

Continuação

78

Sentir-se ou comportar-se de forma irritável ou zangada (P05)	R45.1, R45.4, R45.5, R45.6
<p>Inclui: agitação Ne, desassossego Ne.</p> <p>Exclui: criança hiperativa P21, irritabilidade de um elemento da família Z13.</p> <p>Critérios: sentimentos relatados pelo paciente como uma experiência emocional ou psicológica não atribuída a uma perturbação mental. Verifica-se uma transição gradual de sentimentos indesejáveis – porém mais ou menos normais – em relação a sentimentos que são tão perturbadores para o paciente, que o levam a procurar ajuda de um profissional.</p>	
Sensação de ansiedade, nervosismo e/ou tensão (P01)	R45.0
<p>Inclui: ansiedade Ne, sentir-se ameaçado.</p> <p>Exclui: perturbação de ansiedade P74.</p> <p>Critérios: sentimentos relatados pelo paciente como uma experiência emocional ou psicológica não atribuída a uma perturbação mental. Verifica-se uma transição gradual de sentimentos indesejáveis – porém, mais ou menos normais – em relação a sentimentos tão perturbadores para o paciente, que o levam a procurar ajuda de um profissional.</p>	
Distúrbio ansioso, estado de ansiedade (P74)	F41.0, F41.1, F41.3 a F41.9
<p>Inclui: neurose ansiosa, pânico.</p> <p>Exclui: ansiedade com depressão P76, ansiedade Ne P01.</p> <p>Critérios: ansiedade clinicamente significativa que não se restringe a nenhum ambiente ou situação específica. Manifesta-se como episódios de pânico (ataques recorrentes de extrema ansiedade não limitada a nenhuma situação, com ou sem sintomas físicos) ou como uma ansiedade generalizada e persistente, não associada a nenhuma situação específica e com sintomas físicos variáveis.</p> <p>Considerar: ansiedade, nervosismo, tensão P01.</p>	

Continua

Continuação

80

Somatização (P75)	F44, F45
<p>Inclui: distúrbios de conversão, hipocondria, histeria, pseudociese.</p> <p>Critérios: a somatização caracteriza-se por uma preocupação com a apresentação repetida de sintomas e queixas físicas, assim como pedidos insistentes de exames médicos, apesar de vários resultados negativos e garantias por parte dos médicos. Esta requer a apresentação ao médico de família e comunidade ou profissional da Saúde de sintomas físicos múltiplos, recorrentes e sempre diferentes durante um período de pelo menos um ano. A hipocondria requer uma preocupação persistente com a aparência física ou com a possibilidade de uma doença grave, além de queixas somáticas constantes durante um período de pelo menos um ano, apesar de vários resultados negativos e garantias por parte dos profissionais.</p> <p>Notas: A somatização é a apresentação repetida de sintomas físicos e de queixas sugestivas de distúrbios físicos não confirmados por resultados orgânicos visíveis ou mecanismos fisiológicos, e para os quais existe evidência positiva de ligação a fatores psicológicos, não sentindo o paciente uma sensação de controle na produção desses sintomas ao lidar com os fatores psicológicos. Sinais e sintomas físicos, que incluam dor e sejam apresentados como se fossem devidos a perturbações físicas de um sistema/órgão sob controle do sistema nervoso autônomo, ou que consistam em uma dor contínua e incômoda/grave não explicável por perturbações/processos psicológicos, são codificados como um diagnóstico de sinais/sintomas representativos da vertente física e, se possível, com um código que represente o problema emocional ou psicológico com o qual estão associados.</p> <p>A definição de somatização na CID-10 (mínimo 2 anos) é demasiado rígida para ser usada na Atenção Básica à Saúde.</p>	

Continua

SAÚDE MENTAL

Continuação

Fobia e perturbação compulsiva (P79)	F40, F42, F48.1, F48.8, F48.9
<p>Inclui: fobias, perturbações obsessivo-compulsivas.</p> <p>Critérios: a ansiedade fóbica exige a expressão</p>	

79

Reação Aguda ao estresse (P02)	F43.0, F43.2, F43.8, F43.9, F50.4
<p>Inclui: choque de adaptação, choque cultural, estresse, pesar, saudade, estresse pós-traumático imediato, choque (psíquico).</p> <p>Exclui: depressão P03, perturbação depressiva P76, perturbação depressiva pós-traumática P82.</p> <p>Critérios: reação a um acontecimento que provoca estresse ou a uma mudança significativa de vida que exige uma adaptação considerável, quer como uma reação esperada ao acontecimento ou como uma reação de má adaptação que interfere com a vida quotidiana e resulta em um mau funcionamento social, com recuperação dentro de um período de tempo limitado.</p>	
Estresse pós-traumático (P 82)	F 43.1
<p>Inclui: perturbação persistente da adaptação.</p> <p>Critérios: um acontecimento estressante seguido de estados de perturbação e de angústia graves, com uma reação diferida ou prolongada, flashbacks, pesadelos, embotamento emocional, anedonia interferindo com o desempenho e o funcionamento social, e incluindo estados depressivos, ansiedade, preocupação e um sentimento de incapacidade em lidar com a situação que persiste ao longo do tempo.</p> <p>Considerar: reação de estresse aguda P02, ansiedade P01, depressão P03.</p>	

Quadro 3 – O abuso do álcool segundo as classificações diagnósticas oficiais

Classificação Internacional da Atenção Básica (versão 2)	Classificação Internacional das Doenças (versão 10)
Abuso Crônico de Álcool (P15)	F10.1 a F10.9
Inclui: alcoolismo, síndromes alcoólicas do cérebro, psicose alcoólica, delirium tremens. Critérios: perturbação devida ao consumo do álcool e que resulta em um ou mais episódios clínicos de grave prejuízo para a saúde, dependência, estado de privação ou distúrbios psicóticos.	
Abuso Agudo do Álcool (P 16)	F10
Inclui: embriaguez. Critérios: perturbação devida ao consumo de álcool que leva a intoxicações agudas, com ou sem uma história de abuso crônico.	

Quadro 4 – Transtornos mentais graves e persistentes segundo as classificações diagnósticas oficiais

Classificação Internacional da Atenção Básica (versão 2)	Classificação Internacional das Doenças (versão 10)
Esquizofrenia (P)	F20 a F25, F28, F29
Inclui: todos os tipos de esquizofrenia, paranoia. Critérios: distorções fundamentais e características do pensamento, percepção e afetos que são inadequados ou enevoados (por exemplo, pensamento-eco, inserção, retirada, percepções delirantes, vozes alucinatórias, delírios de controle), mas com perfeita consciência e sem alteração da capacidade intelectual. Considerar: psicose não especificada. P98	

Continua

Psicose Afetiva (P73)	F30, F31, F34.0
<p>Inclui: distúrbio bipolar, hipomania, mania, depressão maníaca.</p> <p>Exclui: depressão P76.</p> <p>Crítérios: distúrbio fundamental dos afetos e do humor, alternadamente excitado e deprimido (associado ou não à ansiedade). Na perturbação maníaca, a energia e a atividade estão simultaneamente estimuladas. Na doença bipolar, observam-se, pelo menos, dois períodos de perturbação do humor variando do excitado ao deprimido</p> <p>Considerar: psicose não especificada P98.</p>	

6.1.2.2 Transtornos mentais graves e persistentes: esquizofrenia e psicoses afetivas

A Atenção Básica desempenha importante papel no diagnóstico precoce, no início rápido do tratamento, na manutenção do tratamento farmacológico dos quadros estáveis e na reabilitação psicossocial para os quadros de psicose. Além disso, é importante afirmar que, mesmo os pacientes acompanhados por serviços especializados da rede de atenção psicossocial (como os Caps), devem continuar sendo acompanhados pela rede básica de Saúde, já que, além de demandas psiquiátricas e psíquicas, esse usuário precisa continuar sendo assistido em suas necessidades clínicas.

6.3 Diagnóstico precoce e intervenção na crise

A proximidade com os usuários e a possibilidade de acompanhar longitudinalmente as famílias fazem da Atenção Básica a instância privilegiada para a suspeita diagnóstica precoce das psicoses.

Quadros psicóticos primários em jovens, principalmente a esquizofrenia, podem se iniciar com períodos de retração social e queda do rendimento escolar. Esse comportamento deve estar acompanhado de delírios ou alucinações. Lembrando que delírios são crenças, verossímeis ou não, que apesar de se basearem em evidências ambíguas, ou até mesmo bizarras, são mantidas pela pessoa com uma convicção que não é compartilhada pelos seus próximos. As alucinações, que por vezes estão na raiz dos delírios, são alterações da sensopercepção do real, vividas como reais pela pessoa. As alucinações mais frequentes são auditivas. As pessoas também podem apresentar desorganização ou infantilização do discurso e do comportamento. Esses sintomas aparecem no espaço de semanas ou poucos meses. Às vezes, a pessoa esconde os sintomas, o que exige criar uma relação de confiança e investigar em detalhes os relatos. Para confirmação ou exclusão do diagnóstico é necessário apoio de profissionais de saúde mental.

Outros quadros psicóticos combinam-se com alteração do humor. São as psicoses afetivas mencionadas na Classificação Internacional da Atenção Básica (ver a seguir). Os delírios e alucinações podem surgir em um contexto de fortes sintomas depressivos. Ou ainda do que chamamos de sintomas maníacos. A mania, nesse sentido, é um oposto da depressão. Caracteriza-se por uma sensação de bem-estar e onipotência incomuns à pessoa. Aceleração da fala, impulsividade (nos gastos de dinheiro, na sexualidade), desinibição, bom humor, dificuldade de concentrar-se e diminuição do sono são sintomas comuns e podem combinar-se entre si. Os sintomas surgem no período de semanas e, também nesse caso, é necessário recorrer ao apoio de profissionais de Saúde Mental para fechar um diagnóstico.

A maior facilidade para realizar atendimentos em domicílio e os vínculos que as equipes de Atenção Básica fazem com as famílias podem possibilitar intervenções rápidas e efetivas na crise (ver seção a seguir).

Muitas vezes, nestas situações, desde o lugar do profissional, a grande tentação é assumir o lugar de *juiz* da contenda, buscando estabelecer o certo e o errado, o que invariavelmente leva a tomar a causa de uma das partes ou, no limite tornar-se uma terceira parte na contenda. Ao invés disso, entendemos que o papel do profissional deve ser o de *mediar* as partes e buscar reestabelecer um consenso entre as mesmas.

Discutir crise requer considerar vários elementos que perpassam pelas dimensões da clínica, da cultura, das histórias singulares dos sujeitos e dos recursos disponíveis no seu contexto familiar e social. A atenção à crise está associada prioritariamente à oferta de uma atenção longitudinal nos contextos de vida das pessoas.

Contudo, alguns pressupostos devem ser considerados como norteadores para fundamentar a organização da rede na perspectiva de acolher, abordar e cuidar de pessoas em situação de crise no território:

- Evitar a internação psiquiátrica e sustentar o usuário no seu contexto de vida com o apoio da Rede de Atenção Psicossocial (Raps).
- Potencializar e qualificar todos os pontos da Rede de Atenção Psicossocial para desenvolver intervenção nas situações de urgência/ emergência e no cuidado longitudinal.
- A exclusão de hospital psiquiátrico do circuito assistencial, anulando a oferta de leitos e a valorização da existência de serviços de urgência e emergência psiquiátrica nesta instituição.
- A internação precisa ser considerada como último recurso e quando necessária, como instrumento do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e não como resposta a uma situação específica. Devendo também, quando necessário, ser realizada prioritariamente nos Caps, com a lógica do acolhimento integral, e nos hospitais gerais de forma articulada com a rede.

É de suma importância lembrar que ao acolher uma pessoa em situação limite deve-se ter em mente que a crise não deve ser compreendida como *condição pessoal*, localizada no interior da pessoa que a manifesta, mas ela é produzida nas relações e contextos de vida do usuário. É fundamental a compreensão da crise como um fenômeno constituído *entre* os sujeitos, costumeiramente em cenários de conflitos exacerbados, ruptura de consensos, esgarçamento das relações e busca ineficaz de comunicação.

Diante disto, a intervenção terapêutica deve dirigir-se não somente para o usuário, mas também para a produção de *consensos possíveis* entre as partes envolvidas, a partir do reconhecimento de interesses singulares. O profissional deve investir na *mediação* entre o usuário e seu conjunto de relações, visando à inclusão, à legitimação e à corresponsabilização dos envolvidos na produção de novas pactuações, ainda que provisórias. *Reinstaurar o diálogo*, coloca-se simultaneamente como objetivo e ação terapêutica.

Entre as pactuações a serem produzidas devem constar as ações a serem desenvolvidas no processo de cuidado. A comunicação com o usuário deve ser verdadeira e exercida o mais claramente possível, assim como devem ser explicitadas as propostas de intervenção. Medidas involuntárias devem ser utilizadas tão somente como excepcionalidade, depois de esgotadas todas as tentativas de diálogo, e em situações pontuais.

Referências

116

- ANSELMI, L. et al. Prevalence of psychiatric disorders in a Brazilian birth cohort of 11-year-olds. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, [S.l.], v. 45, p. 135-142, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília, 2005.
- BROWN, G. W. Social Roles, Context and Evolution in the Origins of Depression. *Journal of Health and Social Behavior* [S.l.], v. 43, n. 3, p. 255-276, 2002.
- BROWN, G. W.; T. HARRIS. **Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women**. London: Tavistock Publications, 1978.
- BRUGHHA, T. S. Social Support and Psychiatric Disorder: Overview of Evidence. **Social Support and Psychiatric Disorder: Research Findings and Guidelines for Clinical Practice**. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
- COUTO, M. C. V. Por uma política pública de saúde mental para crianças e adolescentes In: FERREIRA, T. (Org.). **A criança e a saúde mental: enlances entre a clínica e a política**. Belo Horizonte: Autêntica/FHC-FUMEC, 2004. p. 61-74.
- COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.
- COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E.; TANAKA, O. Y. (Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010.
- FERIGATO, S. H. et al. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. *Revista de Psicologia da UNESP, São Paulo*, v. 6, n. 1, 2007.
- FLEITLICH-BILYK, B.; GOODMAN, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, v. 43, p. 727-734, 2004.
- HARRIS, T. **Introduction to the Work of George Brown: Where Inner and Outer Worlds Meet: Psychosocial Research in the Tradition of George W. Brown**. London: Routledge, 2000.
- JARDIM, K.; DIMENSTEIN, M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte*, v. 13, n. 1, p. 169-190, jun. 2007.
- KENDLER, K. S.; PRESCOTT, C. A. **Genes, Environment, and Psychopathology: Understanding the Causes of Psychiatric and Substance Use Disorders**. New York: Guilford Press, 2006.
- LORANT, V.; D. DELIEGE, et al. Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, [S.l.], v. 157, n. 2, p. 98-112, 2003.

- Ganho de peso: pode ser muito significativo, sendo necessário monitorar dieta e o peso.
- Efeitos cardíacos: clorpromazina e tioridazina podem apresentar cardiotoxicidade.
- Hipotensão postural: mais comum com os antipsicóticos de baixa potência (clorpromazina, tioridazina, levomepromazina), exigindo orientações para o risco de desmaios e quedas.
- Efeitos endócrinos: aumento na secreção de prolactina, resultando em galactorreia e amenorreia.
- Efeitos sexuais: a anorgasmia e a redução da libido são muito comuns e podem representar impasses importantes na continuidade do uso. Nesses momentos um bom vínculo pode ser precioso na negociação de medicações e dosagens.
- Diminuição do limiar convulsivo para alguns antipsicóticos, sobretudo os de baixa potência e para a clozapina.

Nome do fármaco	Dose equivalente (mg)	Dose média (mg)	Faixa terapêutica (mg/dia)	Observações
BAIXA POTÊNCIA				
Clorpromazina	100	250 – 600	50 – 1200	Baixa potência. Evitar uso em idosos e pessoas com epilepsia. Sedativa. Risco de hipotensão.
Levomepromazina	120	100 – 300	25 – 600	Baixa potência. Evitar o uso em idosos e pessoas com epilepsia. Muito sedativa. Risco de hipotensão.
Tioridazina	100	200 – 300	50 – 600	Sedativa. Ganho de peso importante.
Alta potência				
Flufenazina	1 – 2	5 – 10	2,5 – 20	Alta potência. Atentar para efeitos motores. *Disponível também na formulação de depósito, aplicado a cada 2 semanas (Dose oral X 2,5 = dose de depósito).

Haloperidol	2	5 – 10	2 – 20	Alta potência. Atentar para efeitos motores *Disponível também na formulação de depósito, aplicado a cada 3 semanas (1 amp. IM/mês = 2,5 mg VO/ dia).
Trifluoperazina	5	10 – 20	5 – 40	Média potência. Atentar para reações extrapiramidais.
ATÍPICOS				
Risperidona	4 – 6	2 – 8		Pode causar sintomas motores em doses mais elevadas. Sedativa. Poucos efeitos anticolinérgicos. Boa escolha para crianças e idosos.
Olanzapina	10 – 20	5 – 20		Sedativa. Ganho de peso. Alto custo.
Sulpirida	600 – 1000	200 – 1000		Por vezes utilizada em associação a outros atípicos potencializando efeito antipsicótico.
Clozapina	300 – 450	200 – 500		Risco de agranulocitose e convulsões. Muito sedativa. Ganho de peso e sialorreia expressivos. Necessidade de controle hematológico (semanalmente, nas primeiras 18 semanas, e mensalmente, após esse período).

* referente a 100mg de clorpromazina

Como raciocínio global, vale pensar que os antipsicóticos de alta potência (haloperidol) têm um perfil mais pronunciado de efeitos indesejados motores e os de baixa potência (clorpromazina, tioridazina, levomepromazina) apresentam mais queixas sistêmicas (cárdio, anticolinérgica, convulsões etc.).

10.3 Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos são os “campeões de audiência” em termos de utilização no Brasil (e colocam o Brasil no topo de *ranking* dos países que mais os consomem). Ambigualmente, são motivo de revoltas e tabus no dia a dia das unidades, com usuários implorando por renovação de receitas e médicos contrariados em fazê-lo. Enfrentar esta pandemia (dada a cronicidade das altas taxas de uso) deve ser tomada como uma responsabilidade compartilhada.

Os benzodiazepínicos conseguiram justamente se popularizar por terem efeitos ansiolíticos com baixo risco de morte, quando comparados aos barbitúricos⁴. Talvez por isso, ocupam um

⁴ Os barbitúricos foram amplamente empregados desde 1903 como hipnóticos até o aparecimento das benzodiazepinas, na década de 1960. A partir daí, suas indicações restringiram-se. Hoje, alguns deles são úteis como antiepilépticos. Depois que milhares de pessoas já haviam se tornado dependentes, é que surgiram

Dona Matildes, vizinha de dona Filomena, entra na sala de espera furiosa. “O que vocês estão pensando de mim, hein? Que eu dou ataque epilético? Uma ova, uma ova! Eu não sou epilética não! Eu tomei Gardenal quando eu era criança porque eu tinha disritmia, mas não sou convulsiva não! E tá aqui na bula com todas as letras! E aí daquela doutora se passar na minha frente”. Ronaldo, o recepcionista, sozinho na UBS em plena hora de almoço, dedica uns minutos de prosa a Matildes. Com a chegada de Marcela, enfermeira, a situação se esclarece. O clonazepam havia sido prescrito apenas por alguns dias por uma situação pontual. Dona Matildes e Marcela puderam ler a bula juntas.

163

Os benzodiazepínicos diferem basicamente em termos de meia vida, tempo de absorção e via de eliminação. Por exemplo: alguns têm rápido início de ação e tempo de ação mais curto para insônia inicial (perfil indutor do sono). Outros têm tempo de ação intermediário para pessoas que dormem bem, mas acordam no meio ou no final da noite. Outros, ainda, têm a duração do efeito prolongada para auxílio no tratamento de quadros ansiosos (perfil ansiolítico).

Como dito, seu sintoma-alvo principal é a ansiedade, seja por reação aguda ao estresse, em crises psicóticas ou em quadros “primários” de transtorno de ansiedade. Por seu efeito sedativo e relaxante, também são muito utilizados para insônia. Também podem ser úteis na síndrome de abstinência tanto de álcool quanto de cocaína ou *crack*. Os riscos dos benzodiazepínicos, além da dependência, estão relacionados à sedação secundária (acidentes) e à depressão respiratória quando utilizados em associação com outras drogas sedativas

Nome do fármaco	Meia-vida (h)	Faixa terapêutica	Dose usual	Observações
Diazepam	30-100	2.5-30	10 mg	Perfil ansiolítico/insônia terminal. Em caso de prescrição IM, a absorção é lenta e variável.
Clordiazepóxido	30-100	5-75	25 mg	Perfil ansiolítico/insônia terminal.
Lorazepam	6-20	0.5-6	2 mg	Perfil intermediário. Útil em pacientes com graus leves de insuficiência hepática (por ser eliminado por via renal).
Clonazepam	30-100	0.5-8	0,5-2 mg	Perfil intermediário. Por vezes utilizado no tratamento da epilepsia.
Bromazepam	8-19	1.5-20	3 mg	Perfil indutor do sono.

Alprazolam	6-20	0.5-2,0	0.5-2 mg	Perfil indutor do sono. Útil em transtornos ansiosos, principalmente no transtorno do pânico.
Midazolam	1-5	7.5-30 mg	15 mg	Perfil indutor do sono. Baixo desenvolvimento de tolerância. Prescrição IM útil em agitação.

10.4 “Antidepressivos”

Com a entrada da fluoxetina no mercado na década de 1990, com um perfil mais ameno e seguro de efeitos indesejáveis, esta categoria cresceu vertiginosamente em termos de prescrição abusiva e indiscriminada, como panaceia universal para os problemas pessoais, familiares, sociais etc. Medicação sintomas de tristeza (pertencentes à realidade humana) vem, lamentavelmente, se tornando uma prática corrente e automática no dia a dia das unidades, o que, no entanto, não é sem efeito. O vínculo e a escuta mais uma vez devem figurar como prioridade absoluta em todo e qualquer contato do usuário com a unidade. A equipe deve ter em mente que sintomas depressivos podem também estar presentes em diversos quadros clínicos, demandando uma boa anamnese para diagnóstico diferencial (anemia, hipotireoidismo, desnutrição, etc.).

São medicações de uso relativamente simples e seguro, sobretudo nos episódios depressivos em pacientes neuróticos, sempre observando se há alterações importantes e persistentes do humor ou sentimento vitais, que não responderam à outra abordagem, e com prejuízos significativos para a vida do usuário.

Apesar de não produzir fenômenos biológicos de tolerância e dependência, seu significado para a pessoa que usa pode aprisioná-lo na posição de “doente” ou “deprimido”, com consequências nocivas para sua vida e para suas relações com a equipe de Saúde do seu território. Também está em jogo um importante efeito simbólico da medicação tanto que, nos estudos controlados duplo-cego, vários “antidepressivos” têm eficácia muito próxima ao placebo. Mais uma vez, a equipe deve estar implicada na construção de um plano terapêutico que não inclua somente a medicação, planejando o curso do tratamento como um todo, evitando introduzir por um período de tempo indefinido um fármaco que posteriormente será difícil de retirar.

As informações mais preciosas na escolha são a dosagem e o tempo esperado para efeito. Nunca é demais lembrar que os efeitos “antidepressivos” podem iniciar após 15 dias, mesmo que já haja efeitos indesejados. Também se deve considerar que esteja havendo resposta parcial, sobretudo se considerarmos as formulações manipuladas e/ou de baixa qualidade disponíveis no mercado. Nesses casos, é importante esgotar a faixa de dosagem segura até que se certifique de que não houve resposta terapêutica.

a eventos traumáticos, passando por sintomas psicóticos até fobia social. Os sintomas de pânico que respondem aos antidepressivos são aqueles episódios intermitentes de sensação iminente de morte, sem precipitador evidente, de duração de alguns minutos a poucas horas com intensa manifestação somática.

- **Sintomas obsessivos-compulsivos:** a presença de ideias intrusivas (“a porta não está fechada, preciso voltar pra fechar”, “a mão está contaminada, preciso lavar de novo”, entre outros) associada a rituais (“precisa fechar a porta 4, 8, 12 ou 16 vezes”) respondem a doses normalmente mais altas de “antidepressivos”, p. ex. 60-80mg/dia de fluoxetina, raramente com resposta plenamente satisfatória.
- **Sintomas de ansiedade:** nunca é demais lembrar que o tratamento de base de sintomas de ansiedade que se cronificam são os “antidepressivos”, em doses equivalentes às doses para depressão, deixando os ansiolíticos para tratamento sintomático e de curto prazo. Prescrever apenas benzodiazepínicos para queixas crônicas de ansiedade, é iatrogênico;
- **Sintomas de fobia social:** dificuldade de estar entre outras pessoas, com manifestações somáticas, que não se caracteriza como um traço de personalidade (ou seja, os sintomas de fobia social, quando iniciaram, indicaram uma ruptura em relação ao funcionamento anterior).

Roberta decide, num raro momento de folga, revisar o prontuário de Elisandra. Lê com certo sorriso irônico no rosto uma anotação de um colega há 15 anos, quando da “acolhida” de Filomena. “Paciente viciada em Dorflex. Poliqueixosa. Filho hiperativo. Ao exame, BEG, LOTE. Insônia. PA 140x100. Cd: Amitriptilina 50mg/noite. Ao Psiquiatra” Dois meses depois, outra anotação referia melhora parcial dos sintomas de dor, melhora da insônia. Outro registro três anos depois deixa transparecer que dona Filomena quase brigou com um clínico que tentou lhe recusar uma receita de amitriptilina. Ela sorri e lembra de como foi importante investir no vínculo e que hoje a “dependência” parece muito menor.

10.4.1 Os diferentes “antidepressivos”

ANTIDEPRESSIVOS			
DROGA	DOSE USUAL (MG)	FAIXA TERAPÊUTICA (MG)	OBSERVAÇÕES
Tricíclicos: Sempre iniciar o tratamento com 25 mg e aumentar 25 mg a cada 2 – 3 dias até atingir nível terapêutico			

Amitriptilina	150 – 200	50 – 300	Maior tendência à sedação e cardiotoxicidade. Evitar em idosos. Várias indicações na clínica médica (polineuropatia periférica, dor crônica etc.).
Clomipramina	150 – 200	50 – 300	Boa indicação também para transtornos de ansiedade. Usualmente doses menores são necessárias no transtorno do pânico e maiores no transtorno obsessivo-compulsivo.
Imipramina	150 – 200	50 – 300	Observar interações medicamentosas
INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTAÇÃO DA SEROTONINA			
Citalopram	20	20 – 60	
Escitalopram	10	10 – 30	
Fluoxetina	20	5 – 80	Meia-vida prolongada; observar interações medicamentosas.
Paroxetina	20	10 – 50	Observar síndrome de retirada.
Sertralina	50 – 150	50 – 200	

Efeitos indesejados mais comuns:

Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS)

- Ansiedade, agitação, cefaleia, insônia (mais frequente) ou sonolência. Em algumas pessoas pode provocar sintomas de irritabilidade – atentar para não considerar como resposta parcial e aumentar a dose do ISRS.
- Anorexia é bastante comum.
- Sexuais: anorgasmia, retardo da ejaculação, tornam o uso um importante impasse na manutenção da medicação em homens.
- Inibição do citocromo P-450, interagindo na metabolização de outras drogas.
- Outros: erupções cutâneas, acne, alopecia.

Algumas dicas:

- A maioria dos antidepressivos usualmente envolve uma única tomada diária.
- Se há risco de tentativa de suicídio, o fornecimento de antidepressivos (principalmente tricíclicos) deve ser feito em pequenas quantidades ou ficar em posse de um cuidador.

Abaixo, algumas informações sobre os estabilizadores.

ESTABILIZADORES DE HUMOR		
NOME DO FÁRMACO	DOSES MÉDIAS	OBSERVAÇÕES
Carbonato de lítio	900-2100	Iniciar com 300mg, 2 vezes ao dia, sendo possível aumentar no dia seguinte para 300mg, 3 vezes ao dia, aumentando mais conforme necessidade. Após estabilização de dose oral, é possível utilizar dose total em uma única tomada, de acordo com tolerância. Dosagem sérica: 0,6 a 0,8mEq/l em fase de manutenção; 0,8 a 1,2 mEq/l em fase aguda. Deve ser medida após 5 dias de estabilização da dose oral. Coletar sangue 12 horas após a última tomada.
Carbamazepina	400 –1600	Iniciar com 200 mg à noite e aumentar 200 mg a cada 2 dias para evitar efeitos colaterais Dosagem sérica: 8 - 12 µg/mL. Coletar sangue 12 horas após a última tomada Induz o próprio metabolismo, diminuindo sua meia-vida com uso crônico. É necessário rever dosagem periodicamente e, por vezes, dividir dose em até 3-4x/dia.
Ácido valproico	750 –1500	Iniciar com 250mg/dia e aumentar 250mg a cada 3 a 4 dias para evitar efeitos colaterais, divididos em 2 a 3 tomadas diárias. Dosagem sérica: 45 e 125µg/ml. Embora a dose máxima proposta seja 1.800mg/dia, alguns pacientes podem precisar de até 3g/dia para atingir níveis séricos terapêuticos. Não ultrapassar 60mg/kg/dia.

169

Efeitos indesejados:

Lítio

- Acne, aumento do apetite, edema, diarreia, ganho de peso, gosto metálico, náusea, polidipsia, poliúria, tremores finos (que respondem bem a propranolol).
- Monitorizar toxicidade renal e tireoideana.
- O quadro mais preocupante no uso do lítio é o da intoxicação, quando os níveis séricos ultrapassam 1,5mEq/L, que pode ser precipitada por diminuição de dieta hipossódica, uso de diuréticos, desidratação, ou mesmo doses excessivas. Manifestações precoces são disartria, ataxia e tremores grosseiros.

Carbamazepina

- Ataxia, diplopia, dor epigástrica, náusea, prurido, sonolência, tontura.
- Monitoramento alterações hematológicas e hepáticas.
- Múltiplas interações medicamentosas, interferindo no nível plasmático de outros medicamentos.
- Ácido Valproico
- Náuseas, ganho de peso, sedação, tremores, queda de cabelo (reversível com complementação oral de zinco e selênio);
- Monitorar alterações hematológicas e hepáticas.

10.4.3 Algumas considerações

Alguns medicamentos apontados ao longo do capítulo não se encontram na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME, 2012). São eles:

- Alprazolam
- Bromazepam
- Citalopram
- Clordiazepóxido
- Escitalopram
- Flufenazina
- Levomepromazina,
- Lorazepam
- Paroxetina
- Sertralina
- Sulprida
- Tioridazina
- Trifluoperazina

Como a organização da assistência farmacêutica da Atenção Básica é de responsabilidade dos municípios, nada impede a indicação de medicamentos além do que consta na RENAME.

Para entender...

Os medicamentos que constam na Rename têm o seu financiamento pactuado pelos três entes federativos, entretanto, nada impede de o município, na elaboração de sua Relação Municipal de Medicamentos (Remume), incluir estes medicamentos, com recurso municipal. Também há possibilidade da inclusão de novos medicamentos na Relação Estadual de Medicamentos (Reme), que precisaria ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite.

A inclusão de novos medicamentos, seja na Rename, Remume ou Reme, deve ocorrer em função de avaliações sobre *custo/benefício, custo/eficácia e vantagens terapêuticas*.