

# **Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade: Capítulo abordagem em problemas de saúde mental**

Laís Namy Nakasse Mori

**Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade:  
Capítulo abordagem em problemas de saúde mental**

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Médico de Família e Comunidade ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ Fiocruz.

Orientador: Maurício Agapito Ortiz Ocariz (Médico de Família e Comunidade)

Campo Grande 2022

## ÍNDICE

<b>PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE</b>	<b>1</b>
<b>RESUMO</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA</b>	<b>7</b>
<b>HIPÓTESE</b>	<b>7</b>
<b>OBJETIVO PRIMÁRIO</b>	<b>7</b>
<b>OBJETIVOS SECUNDÁRIOS</b>	<b>8</b>
<b>MÉTODOS</b>	<b>8</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>9</b>
<b>1. Introdução:</b>	<b>10</b>
<b>2. Principais diagnósticos em adultos:</b>	<b>10</b>
2.1: Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG):	10
Diagnóstico:	10
Tratamento farmacológico:	13
Tratamento não farmacológico:	13
Sinal de alarme / Quando encaminhar para emergência:	14
Quando referenciar para o especialista:	14
2.2: Transtorno Depressivo Maior:	15
Diagnóstico:	16
Tratamento farmacológico:	19
Tratamento não farmacológico:	19
Indicações de exames:	20
Sinais de alarme:	20
Quando encaminhar para especialista:	20
2.3: Transtorno Afetivo Bipolar (TAB):	21
Diagnóstico:	21
Tratamento Farmacológico:	23
Tratamento não farmacológico:	23
Indicação de Exames:	24
Sinais de alarme:	24
Quando encaminhar para especialista:	24
2.4: Esquizofrenia:	25
Diagnóstico:	25
Tratamento farmacológico:	26
Tratamento não farmacológico:	26
Indicação de exames:	26
Sinais de alarme:	27
Quando encaminhar para especialista:	27

2.5: Álcool e seus problemas:	29
Transtorno por uso do álcool: Características e Diagnóstico	29
Transtorno de dependência: Características e Diagnóstico	30
Intoxicação por álcool: Características e Diagnóstico	31
Abstinência de álcool: Características, Diagnóstico e Manejo	31
Rastreamento	34
Tratamento:	37
Indicações de exames:	39
<b>3. Principais diagnósticos em crianças e adolescentes:</b>	<b>40</b>
3.1: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH):	40
Diagnóstico:	40
Tratamento farmacológico:	43
Tratamento não farmacológico:	43
Quando encaminhar:	44
3.3: Transtorno do Espectro Autista (TEA):	45
Características e Diagnóstico:	45
Classificação Diagnóstica:	46
Sinais de alerta e Rastreamento:	47
Tratamento:	48
Indicações de exames:	49
Quando encaminhar:	49
3.4: Transtornos Alimentares:	49
3.4.1: Anorexia Nervosa:	49
Características e Diagnóstico:	50
Tratamento:	51
Indicações de exames:	52
3.4.2: Bulimia Nervosa:	52
Características e Diagnóstico:	52
Transtorno de compulsão alimentar X Bulimia nervosa:	53
Tratamento:	54
Quando encaminhar:	54
<b>4. Tratamento medicamentoso / Psicotrópicos:</b>	<b>54</b>
4.1: Antidepressivos:	54
4.1.1: ISRS	55
4.1.2: Tricíclicos (ADT)	55
4.1.3: DUAIS (Noradrenérgica e Serotoninérgica)	56
4.1.4: Atípicos	56
4.2: Estabilizadores de Humor:	61
4.2.1: Carbonato de Lítio	61
4.2.2: Ácido Valpróico:	61
4.2.3: Carbamazepina:	62
4.2.4: Oxcarbazepina:	62
4.2.5: Lamotrigina:	63
4.3: Antipsicóticos:	63

4.4: Benzodiazepínicos:	64
4.4.1: Clonazepam:	65
4.4.2: Diazepam:	65
4.4.3: Lorazepam:	65
4.4.4: Alprazolam:	65
4.5: Outros Psicotrópicos:	66
4.5.1: Metilfenidato:	66
4.5.2: Prometazina:	66
4.5.3: Zolpidem:	67
<b>5. Tratamento não farmacológico / Intervenções psicossociais na APS</b>	<b>68</b>
5.1: Ação terapêutica do vínculo:	68
5.2: Terapia interpessoal:	68
5.3: Terapia de reatribuição:	68
5.4: Terapia de solução de problemas:	69
5.5: Terapia focada em solução:	69
5.6: Intervenções coletivas:	70
5.7: Terapia Comunitária:	71
<b>DISCUSSÃO</b>	<b>72</b>
<b>CONCLUSÕES</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>74</b>

## RESUMO

MORI, Laís Namy Nakasse. **Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade: Capítulo abordagem em problemas de saúde mental**. Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fiocruz de Campo Grande.

Este trabalho mostra de maneira prática, rápida e facilitadora os diversos problemas e transtornos de saúde mental mais comuns e mais vistos pelos médicos e residentes atuantes na área de atenção primária à saúde. Mostra o quadro clínico e abordagem, a partir de protocolos e literaturas qualificadas, dos principais diagnósticos em adultos, crianças e adolescentes, visando uma melhora da qualidade do atendimento destes médicos.

Palavras-chave: Assistência à Saúde Mental, avaliação da saúde mental, Agentes de de Ação sobre o Sistema Nervoso Central, Avaliação dos Transtornos Mentais na Atenção Primária.

## **INTRODUÇÃO**

Saber abordar um caso de Saúde Mental (SM), sempre foi muito desafiador para a Atenção Primária, e deve ser realizada por todos os profissionais de saúde (BRASIL, 2001). Por muito tempo, os problemas em SM foram negligenciados por políticas públicas, e só recentemente começaram a receber maior atenção após a percepção do tamanho impacto na morbimortalidade. A alta prevalência/cronicidade e incidência dos problemas em SM nos leva a pensar sobre a importância em estudar e saber manejar com qualidade tais problemas (DUNCAN, B. B. et al., 2013.)

Neste capítulo, será apresentado, de maneira prática, meios de avaliação e conduta dos principais transtornos de SM vistos na Atenção Primária.

## **QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA**

Como melhorar o manejo dos médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade de Campo Grande - MS com os principais problemas de saúde mental encontrados na atenção básica?

## **HIPÓTESE**

Manual do Residente de Medicina de Família e Comunidade: Capítulo abordagem em problemas de saúde mental

## **OBJETIVO PRIMÁRIO**

Auxiliar os residentes e profissionais médicos que atuam na atenção primária de Campo Grande - MS, a ter uma melhor abordagem de investigação, diagnóstico e

tratamento dos temas mais comuns ou vistos na atenção primária, de maneira prática, rápida e facilitando seu entendimento e conduta.

## **OBJETIVOS SECUNDÁRIOS**

Neste capítulo, será apresentado, de maneira prática, meios de avaliação, conduta e manejo dos principais transtornos de saúde mental vistos na Atenção Primária em Campo Grande - MS.

## **MÉTODOS**

Este estudo é baseado em uma revisão bibliográfica a partir da coleta das principais e mais importantes informações sobre os diagnósticos dos transtornos psiquiátricos, suas avaliações e manejo. A bibliografia foi escolhida a partir dos principais artigos, livros e fontes de saúde mental da atualidade, seguindo como base os critérios apresentados no Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e alterando para a realidade local de Campo Grande - MS.

### **- CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

- Temas abordados neste capítulo entram nos critérios "essenciais" e "desejáveis" presentes no Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

### **- CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

- Temas que não abordam o tema de saúde mental e critérios presentes como "Avançado" no Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.



- **RISCOS**

- Como não há nenhum ser humano ou animal envolvido nesta pesquisa, não há riscos apresentáveis.

- **BENEFÍCIOS**

- Este livro, juntamente com este capítulo em específico, trará benefícios para todos os profissionais médicos atuantes na atenção primária de Campo Grande - MS, em especial para os residentes de Medicina de Família e Comunidade, auxiliando na avaliação e conduta perante os difíceis e mais comuns diagnósticos encontrados na atenção básica de saúde, em especial a saúde mental como abordada neste capítulo em específico.

- **ANÁLISE de DADOS**

- A bibliografia foi escolhida a partir dos principais artigos, livros e fontes de saúde mental da atualidade seguindo como base os critérios apresentados no Currículo Baseado em Competências para Medicina de Família e Comunidade da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. As principais bibliografias usadas foram:
- DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. I. & GIUGLIANI, E.R.J. Medicina Ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária. 4ªed 2013. Artes Médicas, Porto Alegre.
- GUSSO, Gustavo D. F., LOPES, Jose M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012, 2222p.
- Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 173 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 34). Disponível em:  
<[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)>.
- **KAPLAN**, HI. & **SADOCK**, B. Compêndio de **Psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

## RESULTADOS

## 1. Introdução:

Saber abordar um caso de Saúde Mental (SM), sempre foi muito desafiador para a Atenção Primária, e deve ser realizada por todos os profissionais de saúde (BRASIL, 2001). Por muito tempo, os problemas em SM foram negligenciados por políticas públicas, e só recentemente começaram a receber maior atenção após a percepção do tamanho impacto na morbimortalidade. A alta prevalência/cronicidade e incidência dos problemas em SM nos leva a pensar sobre a importância em estudar e saber manejar com qualidade tais problemas (DUNCAN, 2013.)

Neste capítulo, será apresentado, de maneira prática, meios de avaliação, conduta e prática nos principais transtornos de SM vistos na Atenção Primária.

## 2. Principais diagnósticos em adultos:

### 2.1: Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG):

O TAG é um dos principais transtornos mentais observados na APS, podendo gerar grande impacto na vida de uma pessoa. Apesar de poder ser desencadeado por dificuldades de adaptação a estressores ou estresses agudos, estes fatores não necessariamente precisam estar presentes, pois muitos casos iniciam-se sem um fator desencadeante (Gusso, 2012)

Ao atender um paciente na APS, devemos considerar TAG quando este se apresenta com ansiedade ou preocupação intensa, significativa e permanente, além de outros sinais como: pessoas que hiper-frequentam o serviço de saúde; pacientes que já possuem uma doença crônica; os que não possuem um problema de saúde de causa biológica porém ficam constantemente buscando explicação sobre sintomas somáticos; e pessoas da 3ª idade ou populações vulneráveis. Se não tratado adequadamente, possui altas taxas de cronificação, além de se associar com outros transtornos mentais. (SUS-SC, 2015)

#### Diagnóstico:

Caracteriza-se pela presença de sintomas ansiosos excessivos, em grande parte do dia, em diversas circunstâncias e/ou situações da vida, durante vários meses. Angústia, tensão, preocupação, nervosismo ou irritabilidade são os principais sintomas queixados

pelos pacientes com TAG, além de insônia, lapsos de memória, dificuldade em concentrar-se, tremores, tensão muscular. (Dalgalarondo, 2008; Gusso, 2012)

Os sintomas de preocupação e medo por si só não são considerados como transtorno, muito pelo contrário, são manifestações normais do cotidiano que nos permitem aumentar a atenção e o alerta, porém, se em excesso, podem gerar prejuízos aos indivíduos. Sendo assim, o diagnóstico deve avaliar a interferência destes sintomas em cada pessoa. (SUS-SC, 2015)

Além disso, deve-se sempre considerar e investigar doenças ou uso de drogas que possam estar associados a sintomas de ansiedade: (TelessaúdeRS-UFRGS, 2017)

1. Doenças/ Condições de saúde:

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

2. Drogas:

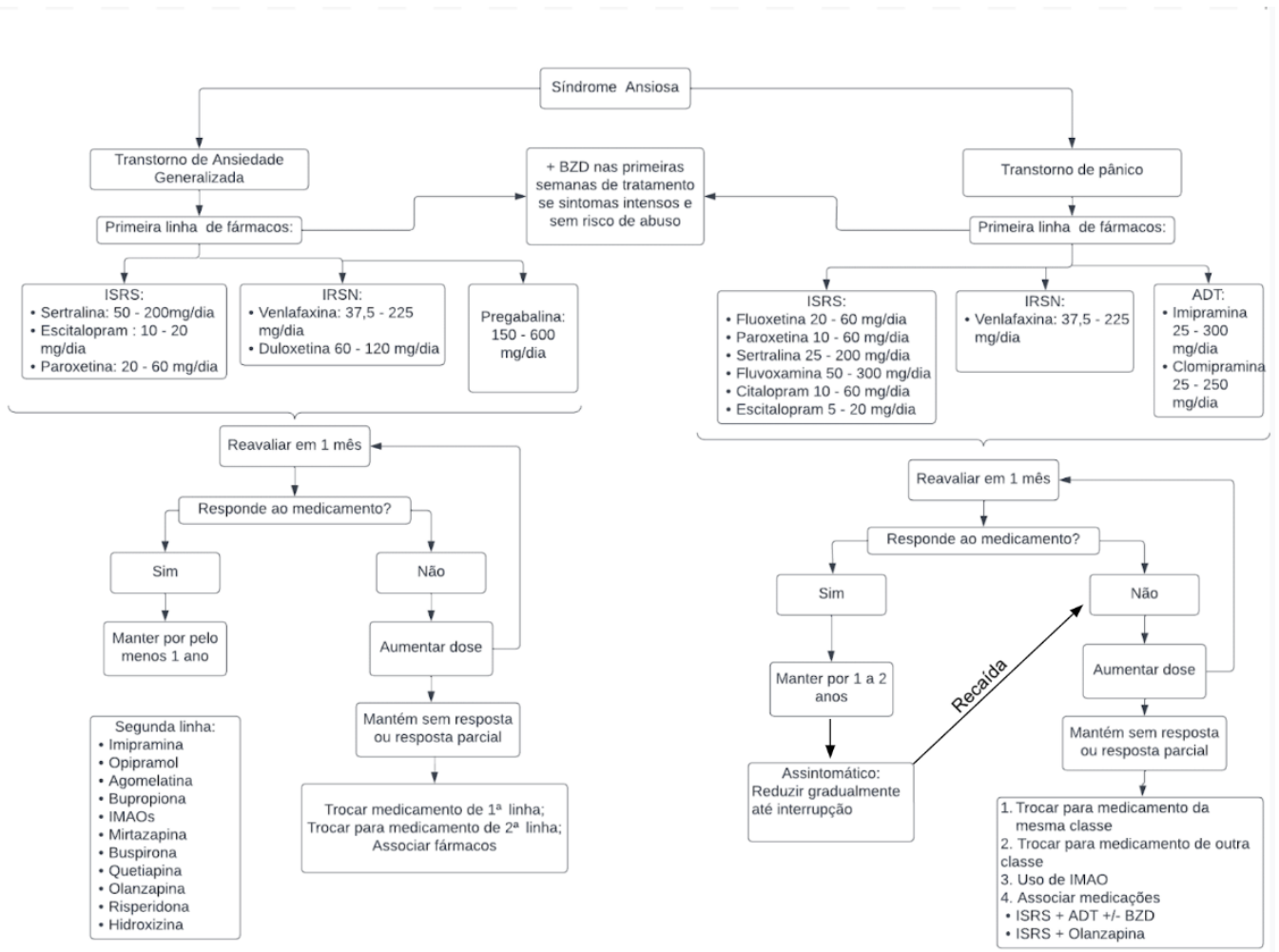
- Corticoides
- Bloqueadores do canal de cálcio
- Carbamazepina
- Antidepressivos
- Cefalosporinas
- Anti-histamínicos
- Broncodilatadores
- Anticolinérgicos: oxibutinina, meperidina
- Tiroxinas
- Digitálicos
- Dopaminérgicos: amantadina, levodopa, bromocriptina, metoclopramida
- Simpaticomiméticos: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

TABELA 1: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE TAG, TRANSTORNO DE PÂNICO E ATAQUE DO PÂNICO, CONFORME DSM-5 E CID-11.		
TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA	TRANSTORNO DE PÂNICO	ATAQUE DE PÂNICO

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apreensão, preocupação e ansiedade por pelo menos 6 meses em diferentes momentos da vida. Pessoa julga difícil o controle da ansiedade e preocupação.</li> <li>• Preocupação e ansiedade + 3 sintomas dos seguintes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inquietação ou sensação de estresse com "nervos à flor da pele"</li> <li>- Cansaço, fadigabilidade</li> <li>- Dificuldade em concentrar-se</li> <li>- Irritabilidade</li> <li>- Tensão muscular, dificuldade de relaxar</li> <li>- Insônia</li> </ul> </li> <li>• A ansiedade ou preocupação não tem correlação com outro transtorno mental (ex.: medo de engordar - anorexia)</li> <li>• Sintomas ansiosos causam prejuízo e sofrimento significativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ataques de pânico repetitivos</li> <li>• Pelo menos um dos ataques ser seguido por período mínimo de 1 mês com os seguintes: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Preocupação com a possibilidade de ter novos ataques</li> <li>- Preocupação com consequências destes ataques (perder controle, perder a sanidade, ter um infarto)</li> <li>- Alterações do comportamento devido aos ataques (evitar aglomerações ou sair de casa)</li> <li>- Presença ou não de agorafobia associada.</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Picos de intenso desconforto ou sensação de medo com duração de minutos ou no máximo de 1 hora + 4 critérios a seguir: <ul style="list-style-type: none"> <li>- taquicardia</li> <li>- falta de ar</li> <li>- sudorese periférica</li> <li>- medo de perder o controle ou enlouquecer</li> <li>- tremores</li> <li>- parestesias ou anestésias periféricas</li> <li>- ondas de calor ou calafrios</li> <li>- desrealização ou despersonalização</li> <li>- tontura</li> <li>- dor ou desconforto torácico</li> <li>- náusea ou desconforto abdominal</li> </ul> </li> </ul>
--	---	--

Fonte: Adaptada de Dalgalarondo, 2008

## Tratamento farmacológico:



Adaptado de Cordioli, 2015

## Tratamento não farmacológico:

Quanto ao tratamento não farmacológico, a primeira escolha é a psicoterapia, mais especificamente a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), além de uma abordagem psicoeducativa com os pacientes, onde o profissional irá explicar todo o funcionamento do tratamento e sanar dúvidas sobre o próprio transtorno. (TelessaúdeRS-UFRGS, 2017)

## Sinal de alarme / Quando encaminhar para emergência:

Casos onde pacientes apresentam-se com ideação suicida persistente, com plano definido ou onde os sintomas podem apresentar riscos tanto para o paciente quanto para quem está ao redor dele, nestes casos, a indicação de encaminhar para a emergência é válida. (TelessaúdeRS-UFRGS, 2017; SMS-Florianópolis, 2010)

## Quando referenciar para o especialista:

Existem alguns casos onde o profissional da APS pode referenciar para o especialista, são eles: (Gusso, 2012; TelessaúdeRS-UFRGS, 2017; SMS-Florianópolis, 2010)

- Casos complexos e graves os quais fogem às habilidades do médico da APS, necessitando de uma abordagem terapêutica mais específica;
- Dúvida de diagnóstico ou tratamento (por exemplo: é comum a dificuldade na diferenciação entre transtorno de ansiedade e transtorno bipolar);
- Sintomas refratários ao tratamento (podendo ser sinais de transtorno de personalidade) a pelo menos duas terapias utilizadas (medicamentosa e/ou psicoterapia) por pelo menos 8 semanas;
- Resposta ao tratamento parcial a pelo menos duas terapias utilizadas (medicamentosa e/ou psicoterapia) por pelo menos 8 semanas;
- Associação com transtorno por uso de substâncias graves (álcool ou drogas de difícil controle);
- Paciente com ideação suicida persistente.

## 2.2: Transtorno Depressivo Maior:

A depressão hoje é considerada uma das principais causas de morbimortalidade, sendo comum também em pacientes com outras doenças clínicas como DPOC, Enxaqueca, Esclerose Múltipla, problemas de coluna, câncer, asma, acidente vascular encefálico (AVE), diabetes, doenças cardíacas e epilepsia. Cada episódio pode durar cerca de 16 a 20 semanas e a chance de apresentar novo episódio depressivo após o primeiro é alta (cerca de 46,5%). Em âmbito familiar, a depressão possui grande impacto negativo principalmente nas mulheres com o desenvolvimento dos filhos e dinâmica familiar. (Duncan, 2013)

Pacientes com pelo menos um critério de risco para depressão (Tabela 2), pode ser usado uma triagem para investigação (Tabela 3). Caso a resposta for "Sim" para as duas questões, há sensibilidade de 96%. Outra maneira de usar como rastreio de depressão na população geral é o uso da tabela Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) que demonstrou alta sensibilidade para tal. (Duncan, 2013; Santos, 2013)

TABELA 2: ALTO RISCO PARA DEPRESSÃO
<ul style="list-style-type: none"><li>• Presença de estressor psicossocial</li><li>• História pessoal ou familiar de depressão</li><li>• Hiperutilização de serviços de serviços de saúde</li><li>• Doenças crônicas</li><li>• Presença de outros transtornos psiquiátricos</li><li>• Mudanças hormonais</li><li>• Sintomas físicos sem justificativa</li><li>• Dor, incluindo dor crônica</li><li>• Fadiga, insônia, ansiedade</li><li>• Uso abusivo de substâncias</li></ul>



Fonte: Adaptada de Duncan, 2013

TABELA 3: TESTE DE DUAS QUESTÕES
1. Durante o último mês você se sentiu incomodado por estar para baixo, deprimido ou sem esperança?
2. Durante o último mês, você se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou prazer em realizar as coisas?



Fonte: Adaptada de Duncan, 2013



## Imagem: Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

AGORA VAMOS FALAR SOBRE COMO O(A) SR.(A) TEM SE SENTIDO NAS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS.
<p><b>1) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?</b></p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p><b>2) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?</b></p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p><b>3) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?</b></p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p><b>4) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?</b></p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p><b>5) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve falta de apetite ou comeu demais?</b></p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p><b>6) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a você mesmo(a)?</b></p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p><b>7) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?</b></p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p><b>8) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que você ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?</b></p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p><b>9) Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) sr.(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?</b></p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p>
<p><b>10) Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?</b></p> <p>(0) Nenhuma dificuldade (1) Pouca dificuldade (2) Muita dificuldade (3) Extrema dificuldade</p>

Fonte: Santos, 2013

## Diagnóstico:

Para o diagnóstico, é necessário realizar uma escuta de todas as queixas do paciente, além de queixas secundárias que muitas vezes o paciente não verbaliza ou negligencia. Sendo assim, o DSM-5 define critérios (Tabela 4), sendo cinco deles devem estar obrigatoriamente presentes por pelo menos duas semanas para a confirmação do diagnóstico. (Gusso, 2012; TelessaúdeRS-UFRGS, 2017)

TABELA 4: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE (DSM-5)

Ao menos cinco critérios por duas semanas, com perda no funcionamento psicossocial ou sofrimento significativo.  
Ao menos um dos sintomas deve ser humor deprimido ou prejuízo do interesse ou prazer.

**Ao menos 5 critérios por pelo menos 2 semanas:**

- **Sintoma obrigatório:** humor deprimido ou perda de interesse ou prazer em grande parte do dia, praticamente todos os dias, e ao menos 4 dos seguintes sintomas:
- Aumentada perda de prazer ou interesse (anedonia)
- Apetite reduzido ou aumentado
- Alteração de Sono: hipersonia ou insônia
- Redução da energia, fadiga
- Sensação de culpa, inutilidade
- Autoestima reduzida
- Concentração afetada ou problema para pensar
- Pensamentos de morte ou suicídio recorrentes
- Agitação psicomotora ou retardo do mesmo.

Fonte: Adaptada de Dalgalarrodo, 2008

Classificação de gravidade:

**Sintomas depressivos sub-clínicos:** não preenche critérios para um episódio, mas já apresenta sintomas (até 3) que podem provocar incapacidade e prejuízo na qualidade de vida e merecem observação atenta.

**Depressão leve:** pelo menos 4 sintomas (2 fundamentais e 2 acessórios), nenhum deles intenso; usualmente angustiado pelos sintomas, com alguma dificuldade em continuar com o trabalho e atividades sociais, mas provavelmente manterá a maioria de suas funções.

**Depressão moderada:** pelo menos 5 ou 6 sintomas (2 fundamentais e 3-4 acessórios), podendo apresentar-se com uma ampla gama de sintomas ou com apenas alguns deles, mas em grau intenso; dificuldade considerável em continuar com suas atividades laborais, sociais e domésticas.

**Depressão grave:** os 3 sintomas fundamentais e 4 ou mais dos acessórios estão presentes, com intensidade grave; pode haver agitação ou retardo psicomotor marcantes, e é muito improvável que o paciente consiga manter suas atividades usuais.

**Depressão grave com sintomas psicóticos:** presença de delírios (de ruína, hipocondríacos), alucinações ou retardo psicomotor grave, podendo evoluir para estupor. (SMS-Florianópolis, 2010)

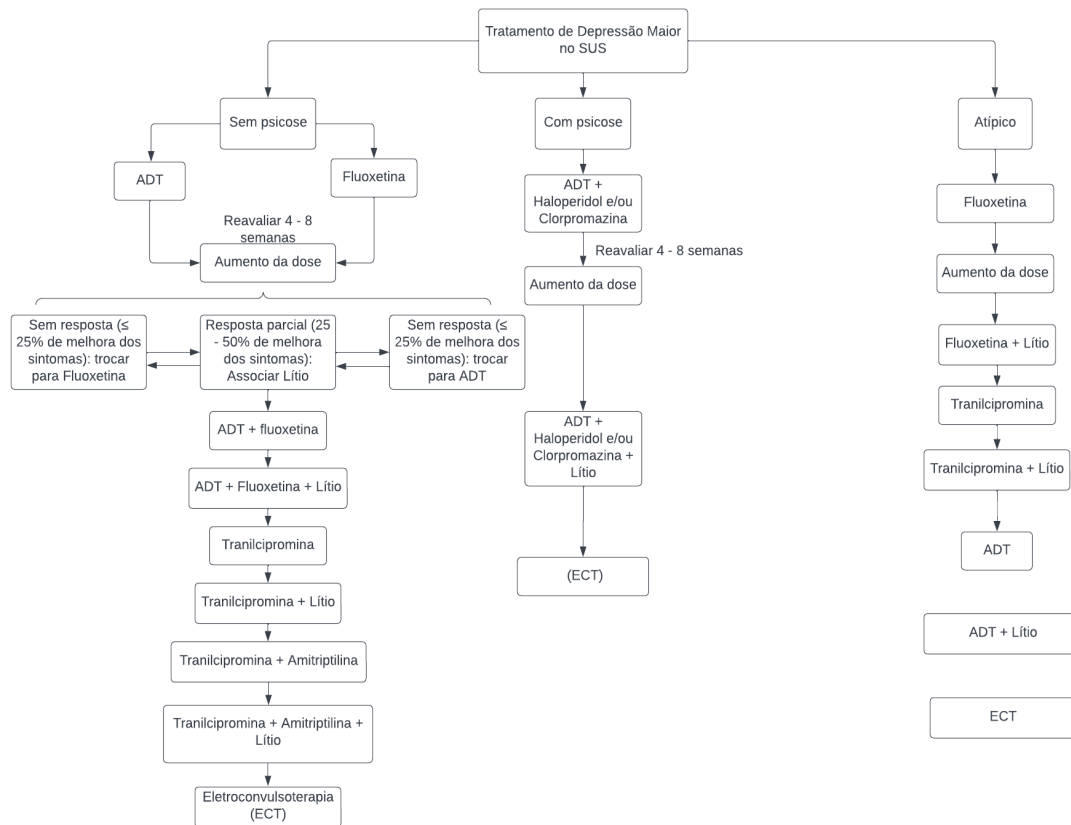
## Subtipos de Depressão:

**Depressão Atípica:** Caracterizada por apetite e sono aumentados, ganho de peso, sensação de “paralisia de chumbo” ou peso nos membros; mantém reatividade do humor a situações agradáveis e apresenta um padrão duradouro de sensibilidade extrema à rejeição interpessoal. Estes pacientes são mais sensíveis ao pânico, sumarização e abuso de substâncias. Pode responder melhor a antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS).

**Distímia:** Sintomas depressivos leves, mas persistentes (pelo menos dois anos), principalmente anedonia, letargia, inércia, dificuldade de concentração, sentimentos de baixa autoestima e inadequação. Os pacientes referem desânimo, mau humor e infelicidade. Pode haver um comprometimento social e ocupacional ainda maior do que o dos episódios depressivos. Também pode responder melhor a ISRS.

**Depressão Bipolar:** Ocorre como um ciclo do transtorno afetivo bipolar. Com a descrição do TAB tipo II, que cursa com hipomania em vez de mania, uma maior atenção tem sido dada à possibilidade de quadros de depressão serem, na verdade, episódios depressivos do TAB. Estima-se que até 50% dos pacientes ambulatoriais deprimidos possa acabar evoluindo para este diagnóstico, o que torna obrigatório o questionamento e alta suspeição de sintomas maníacos/hipomaníacos. (SMS-Florianópolis, 2010)

## Tratamento farmacológico:



Adaptado de: Cordioli, 2015

## Tratamento não farmacológico:

Para o tratamento não farmacológico, o que mais têm evidência são as psicoterapias, sendo a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e a Terapia de Redução de Problemas (TRP) as mais utilizadas. Devem ser realizadas também, além da psicoterapia, por pelo menos seis semanas: atividade física (três ou mais vezes por semana por 45 a 60 minutos), acompanhamento ambulatorial semanal, se necessário, higiene do sono e técnicas de controle de ansiedade. (Gusso, 2012; TelessaúdeRS-UFRGS, 2017)

### Indicações de exames:

Para os pacientes com suspeita de Transtorno Depressivo, é importante a solicitação de exames complementares para excluir alguma causa orgânica: função tireoidiana, suprarrenal, hemograma, doenças infecciosas como mononucleose, HIV, pneumonias. Importante também o acompanhamento do paciente com exames enquanto estão em uso de algum antidepressivo, pois a maioria das medicações possuem metabolização hepática, além de efeitos metabólicos como ganho de peso e efeitos cardíacos como alargamento de QT (nos casos dos tricíclicos), sendo assim, é importante a solicitação de exames de função e lesão hepática, perfil glicêmico, perfil lipídico e eletrocardiograma durante o seguimento. (Gusso, 2015; Kaplan, 2017)

### Sinais de alarme:

Existem alguns sinais de alarme/alerta vermelho, os quais se presentes, deve-se iniciar o tratamento farmacológico e não farmacológico o mais rápido possível, além de contactar a rede de apoio deste paciente (familiares, amigos), são eles: (Gusso, 2012)

- Isolamento social
- Prostração intensa
- Perda de peso acentuada
- Sintomas psicóticos
- Ideação suicida ou plano de suicídio elaborado, sendo este o principal critério de encaminhamento para a emergência.

### Quando encaminhar para especialista:

No geral, grande parte dos casos de depressão podem ser manejados na APS, porém alguns necessitam ser encaminhados: (Gusso, 2012)

- Presença de sinais de alarme
- Dúvidas no quadro clínico
- Presença de sintomas psicóticos
- Pacientes refratários ao tratamento

## 2.3: Transtorno Afetivo Bipolar (TAB):

O TAB é um transtorno de humor complexo, crônico, caracterizado por oscilações de humor o qual pode ser encontrado em todas as idades e gêneros, independente de etnia, perfil socioeconômico ou nacionalidade. Não possui causa única e há grande fator genético envolvido, além de aspectos fisiológicos, comportamentais e ambientais. Apesar dos avanços de pesquisa em psiquiatria, a fisiopatologia do TAB não é completamente compreendida. (Kapczinski, 2004)

Aproximadamente 10% dos pacientes na APS possuem risco de apresentar TAB durante a vida, principalmente naqueles que já possuem algum transtorno mental. O início da doença está relacionada à pessoas jovens com aproximadamente 18 anos de idade e o atraso de seu diagnóstico pode levar a muito prejuízo cognitivo, psicossocial e funcional ao longo do tempo. Deve-se investigar o histórico familiar, já que está altamente relacionado com a parte genética. (Duncan, 2013)

### Diagnóstico:

Para a investigação de TAB, inclui pacientes que apresentarem sintomas depressivos ou ansiosos associado a uma história de quadro de impulsividade, abuso de substâncias, elevado humor ou irritabilidade, sintomas depressivos ou ansiosos refratários ao tratamento, ou pacientes que apresentam sintomas inespecíficos ou somáticos indefinidos. (Duncan, 2013)

Para o diagnóstico de TAB, é necessário a presença de um período específico de humor incomum por pelo menos uma semana conforme tabela 5. Os sintomas depressivos não são critérios obrigatórios, eles podem até não estar presentes em alguns casos. (Kaplan, 2017; Duncan, 2013)

Episódios maníacos gerados por tratamento antidepressivo (eletroconvulsoterapia, fármacos antidepressivos), não diagnosticam TAB. (Kaplan, 2017)

TABELA 5: CRITÉRIOS PARA EPISÓDIO MANÍACO E HIPOMANÍACO SEGUNDO DSM -5 E CID-11 E TIPOS DE TAB

**Episódio Maníaco:** Humor fora do normal e perseverantemente elevado, expansivo ou irritável, durante pelo menos 1 semana, e ao menos mais 3 dos seguintes sintomas:

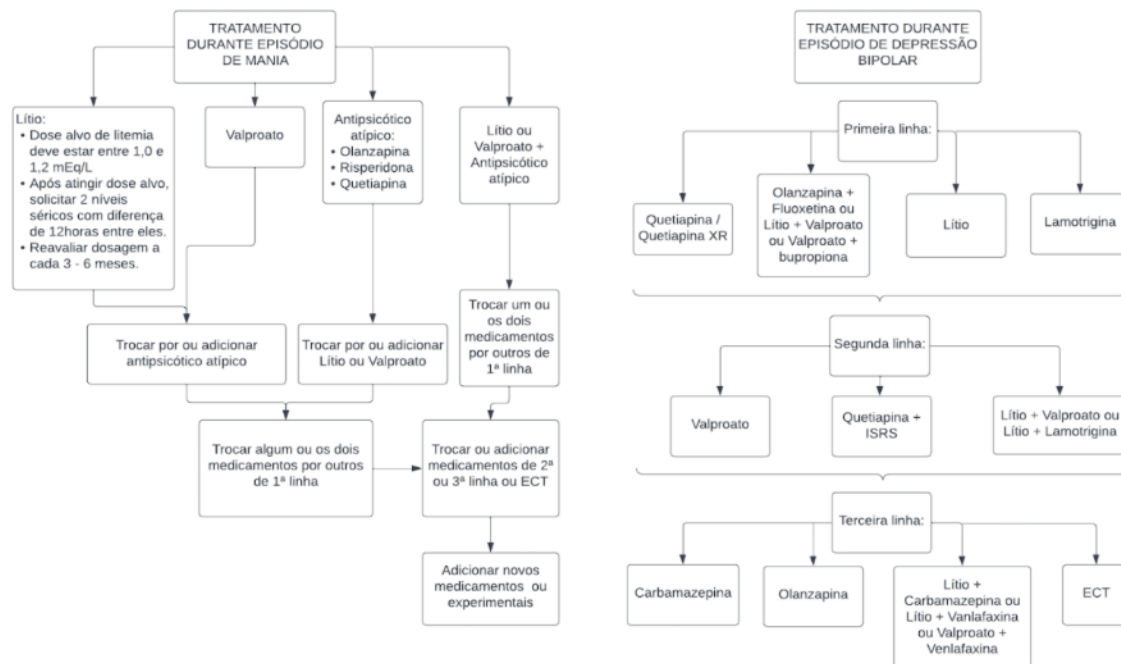
- Elevada autoestima ou delírios de grandiosidade
- Taquilálico, loquaz ou logorreico
- Fuga das ideias ou pensamento acelerado
- Alta distraibilidade

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução da necessidade de sono</li> <li>• Função psicomotora acelerada</li> <li>• Desinibição social e/ou sexual ou aumento no gasto de dinheiro</li> <li>• Envolvimento em atividades prazerosas de risco aumentada.</li> </ul>
Sintomas não devem preencher critérios para episódio misto
<b>Características específicas de Hipomania:</b> Humor também fora do normal e perseverantemente elevado, expansivo ou irritável, durante pelo menos 4 dias, mudança no comportamento em relação ao momento não é suficientemente grave para ocorrer prejuízo social, não exigindo hospitalização. Tais mudanças geralmente são identificadas por outrem.
<b>TIPOS DE TAB:</b>
TAB 1: presença de episódio maníaco
TAB 2: presença de episódio hipomaníaco

Fonte: Adaptada de Dalgalarrondo, 2008;DUNCAN, 2013.

Sintomas depressivos podem se superpor/ocorrer simultaneamente nos quadros de mania durante alguns dias. Nestes casos, podem ser chamados de estado misto, sendo necessário identificá-los a fim de buscar um planejamento terapêutico adequado. (Dalgalarrondo, 2008)

## Tratamento Farmacológico:



Fonte: Adaptado de Cordioli, 2015

## Tratamento não farmacológico:

Além do tratamento farmacológico, intervenções psicossociais são de extrema importância para o tratamento adjunto. Abordagens cognitivo-comportamental e interpessoal tem efeitos benéficos no tratamento de episódios agudos de depressão, assim como no tratamento de manutenção do TB. No caso da terapia cognitivo-comportamental, a mesma combina técnicas de psicoeducação, a fim de informar o paciente sobre o transtorno e aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso, com estratégias comportamentais para monitorar as oscilações de humor, controlar a estimulação, técnicas de resolução de problemas e redução de estresse, além de estratégias cognitivas de reestruturação de pensamentos disfuncionais. As consequências das intervenções compreendem na redução do número de recaídas, da flutuação do humor, da necessidade de medicamentos e hospitalizações, estimulam o paciente a se tornar mais ativo no autocuidado, além de melhora no funcionamento e na aderência à medicação, sendo essenciais para o manejo da TAB. (Bosaipo, 2017; BRASIL, 2016)



### Indicação de Exames:

Deve-se solicitar exames laboratoriais iniciais a fim de excluir os principais diagnósticos diferenciais do TAB: hiperprolactinemia, hepatotoxicidade, alteração de função renal, hipotireoidismo, agranulocitose. Além de exames para controle de segurança ao uso de medicações antidepressivas, antipsicóticas e estabilizadores de humor: eletrocardiograma, TGO, TGP, glicemia, perfil lipídico, função renal (creatinina, ureia), eletrólitos (sódio e potássio) e beta-HCG. (Duncan, 2013, BRASIL, 2016)

A dosagem de prolactina deverá ser solicitada sempre que houver a queixa de sintomas pertinentes a alterações hormonais: redução da libido, alteração de fluxo e frequência menstrual, impotência e/ou galactorreia. (BRASIL, 2016)

### Sinais de alarme:

Casos onde há riscos de auto e heteroagressão, pensamento de morte com plano para autoextermínio, sintomas depressivos graves necessitam de uma atenção maior com atendimento emergencial e provável internação.

### Quando encaminhar para especialista:

Para o profissional da APS, o simples fato de suspeitar de uma hipótese diagnóstica para TAB, deve-se encaminhar ao especialista. Outras indicações: Dúvidas sobre o quadro clínico, diagnóstico e pacientes cujo tratamento é refratário. (Gusso, 2012)

## 2.4: Esquizofrenia:

A esquizofrenia é a principal doença dentre as psicoses, um dos mais comuns transtornos mentais graves, inclui pacientes com apresentações clínicas variadas, sendo os sinais e sintomas caracterizados por alterações dos grupos da percepção, emoção, cognição, pensamento e comportamento. (Dalgallarrondo, 2008; Kaplan, 2017)

É um transtorno que não só acomete o paciente, mas também a família do mesmo, gerando altos custos tanto para a família quanto para a sociedade, além de muitos prejuízos no cotidiano, vida social e autonomia do indivíduo. É igualmente prevalente em ambos os sexos, sendo o início mais precoce nos homens (idade de pico do início entre 10 e 25 anos para homens e 25 a 35 anos para mulheres). (Dalgallarrondo, 2008; Kaplan, 2017; Gusso, 2012)

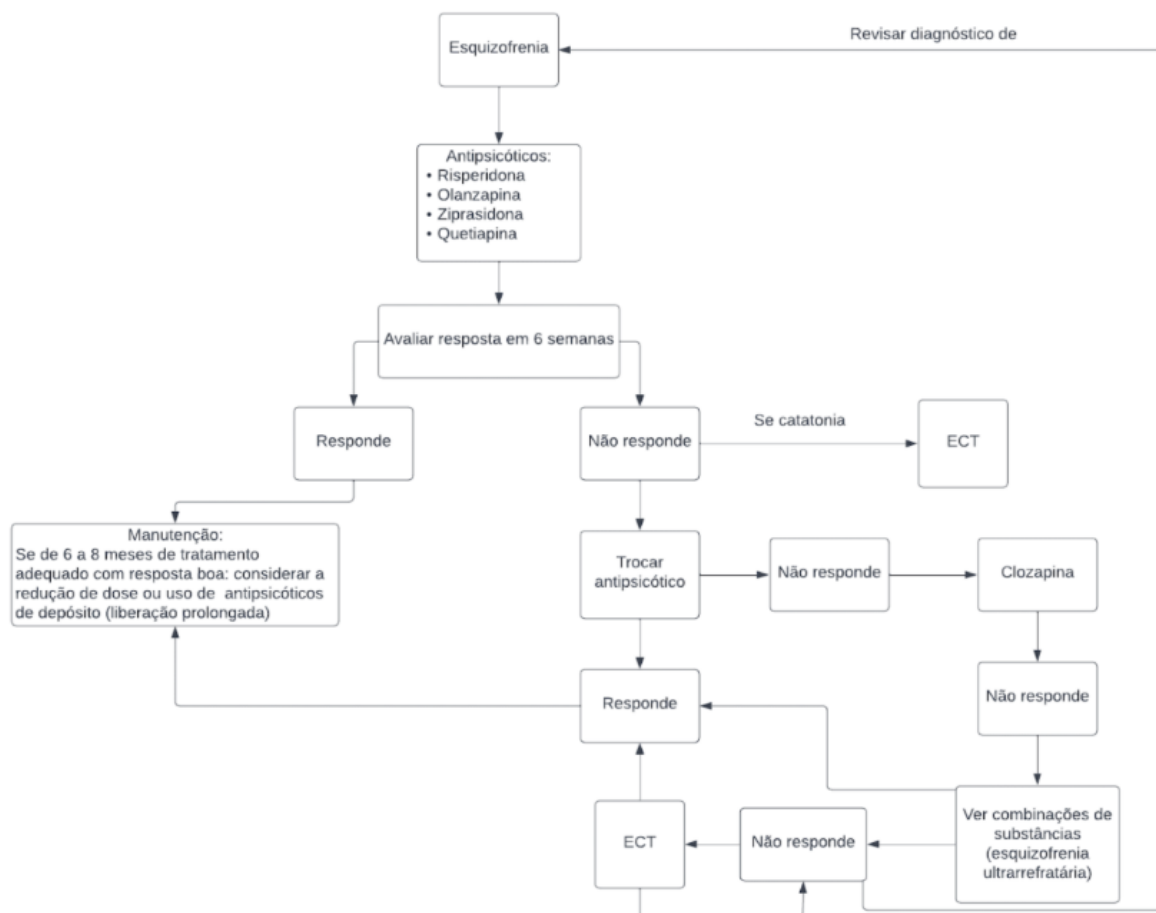
### Diagnóstico:

Os principais sintomas são alucinações e delírios (sintomas positivos), avolição, embotamento afetivo (sintomas negativos), sintomas cognitivos, de desorganização, psicomotores/catatonia e de humor. (Dalgallarrondo, 2008) A alucinação é a percepção real, a partir de qualquer um dos cinco sentidos, de um objeto inexistente, sendo as mais freqüentes: auditivas e visuais. (SMS-Florianópolis, 2010) Na tabela 6 abaixo encontra-se os critérios para diagnóstico do transtorno.

TABELA 6: CARACTERÍSTICAS E DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA CONFORME DSM-5	
A. Dois ou mais dos sintomas seguintes devem estar presentes por no mínimo 1 mês:	
1. Delírios	
2. Alucinações	
3. Desorganização de discurso ou fala	
4. Desorganização de comportamento ou catatonia	
5. Sintomas negativos: alogia (ausência de discurso), embotamento afetivo e avolição (perda da motivação)	
B. Déficits no trabalho, social ou estudo. Perda da habilidade interpessoal e produtiva	
C. Sintomas A com duração de no mínimo 1 mês e sintomas prodrômicos ou residuais por no mínimo 6 meses.	

Fonte: Adaptada de (DUNCAN, B. B. et al., 2013.)

## Tratamento farmacológico:



Fonte: adaptada de Cordioli, 2015.

## Tratamento não farmacológico:

Durante o diagnóstico deve-se orientar os responsáveis e/ou familiares a manter vigilância, retirar vias letais dentro do domicílio e não rebater o conteúdo do discurso do indivíduo. E durante o acompanhamento, é essencial o apoio psicoeducacional aos cuidadores, enfatizando a prevenção de recaída, incentivo à autonomia, redução dos níveis de emoção expressa e adesão aos tratamentos propostos. (Gusso, 2012)

## Indicação de exames:

Em caso de sintomas psicóticos, deve-se sempre excluir outros diagnósticos diferenciais, sendo necessário a solicitação de exames a fim de excluir doenças neurológicas (EEG, RM ou TC dependendo da clínica), endocrinológicas,

metabólicas (glicemia e perfil lipídico), infecciosas (sorologias para hepatites, HIV) e reumatológicas (conforme história clínica), além de uso de substâncias, por estarem associadas a tais sintomas psicóticos. (Gusso, 2012)

Exames para controle durante uso de medicações antipsicóticas também são necessários durante o acompanhamento do paciente: eletrocardiograma, TGO, TGP, glicemia, perfil lipídico, função renal (creatinina, ureia), eletrólitos (sódio e potássio) e beta-HCG. (Duncan, 2013, BRASIL, 2016)

### Sinais de alarme:

Existem casos onde há a apresentação de sinais de sintomas "pré-mórbidos", os quais são sinais e sintomas que surgem antes da fase prodrômica da doença, ou seja, antes do processo patológico estar evidente, fazendo parte da evolução do transtorno. Os indivíduos podem apresentar-se mais quietos, introvertidos, passivos, durante a infância demonstravam-se com poucas amizades e durante a adolescência podem continuar com poucas ou sem amizades, sem interesses românticos, além de evitar esportes compostos por equipes. Esta fase pode ter duração média de cinco anos (Kaplan, 2017; SMS - Florianópolis, 2010)

Casos onde há riscos de auto e heteroagressão, pensamento de morte com plano para autoextermínio, sintomas psicóticos graves (por exemplo o tipo catatônico), pacientes que necessitam de supervisão constante ou que são incapazes de autocuidado, necessitam de uma atenção maior com atendimento emergencial e provável internação. (SMS - Florianópolis, 2010)

Fatores que podem caracterizar como pior prognóstico: Início precoce, sexo feminino, solteiro, ajustamento pré-mórbido deficiente, quociente intelectual (QI) limítrofe ou inferior, ausência de sintomas afetivos, desorganização, sintomas negativos logo no início do quadro, história familiar de esquizofrenia, alto nível de emoções expressas na família. (SMS - Florianópolis, 2010)

### Quando encaminhar para especialista:

Após terem sido investigadas as possíveis causas orgânicas da psicose, a equipe de saúde mental do NASF deverá ser acionada quando o indivíduo apresentar, pela primeira vez, a presença de delírios e alucinações. Se caso o paciente apresentar reagudização do quadro psicótico, declínio do funcionamento

e/ou dificuldade de aderência ao tratamento, ou se os recursos terapêuticos da ESF já não forem o suficiente, deverão também ser encaminhados ao especialista.

## 2.5: Álcool e seus problemas:

O uso abusivo de álcool é considerado um dos principais transtornos em todos os âmbitos assistenciais da saúde, sendo considerada tão prioritária quanto a hipertensão. Apesar de estar mais associado aos homens, há um crescente aumento dos índices em mulheres. Nos casos de pessoas mais jovens, o uso abusivo do álcool afeta o desenvolvimento escolar, vandalismo, aumento de crimes e problemas com a polícia, traumas psicológicos e imprudência nas atividades sexuais. No Brasil, segundo diversos estudos já realizados, a prevalência de dependência de álcool na vida é entre 6 e 7%. Como o consumo de álcool é algo frequente neste país, a abordagem do uso de álcool deve ser rotineira. (Gusso, 2012; Dalgalarondo, 2008)

### Transtorno por uso do álcool: Características e Diagnóstico

Conforme DSM-5 e CID-11, o transtorno por uso do álcool é caracterizado por necessidade de uso diário em grandes quantidades de álcool para um funcionamento adequado, incapacidade de reduzir ou interromper o consumo, esforço para tentar interrompê-lo, além de um padrão de consumo intenso limitado a fins de semana acompanhado de longos períodos de sobriedade intercalados por consumo compulsivo e intenso de álcool que duram semanas a meses. Podem apresentar comportamentos nocivos que acabam por ser regularmente observados e reprovados por outrem, levando a consequências sociais negativas como brigas conjugais ou presídio. (Gusso, 2012; Dalgalarondo, 2008; Kaplan, 2017)

A pessoa sente a necessidade de beber logo que se levanta pela manhã, para aliviar o sintoma de abstinência. O fenômeno da tolerância vai se aumentando, com o paciente não sendo mais capaz de se satisfazer com outras coisas além do álcool e necessitando de doses cada vez maiores. Além disso, o indivíduo não reconhece que o álcool é um problema, mesmo com evidências mostrando algo nocivo como danos hepáticos, depressão e comprometimento cognitivo. (Gusso, 2012; Dalgalarondo, 2008)

## Transtorno de dependência: Características e Diagnóstico

**TABELA 9: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS CONFORME CID-10 PARA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS**

No mínimo três sintomas dos seguintes terem ocorrido no último ano:

- Compulsão ou forte desejo pela substância
- Dificuldade em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo;
- Estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessou ou foi reduzido,  
como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- Abandono de prazeres e interesses em favor do uso da substância, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos;
- Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas. Deve-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.

Fonte: SMS - Florianópolis, 2010

## Intoxicação por álcool: Características e Diagnóstico

TABELA 10: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS CONFORME DSM-5 PARA INTOXICAÇÃO POR ÁLCOOL

1. Fala arrastada
2. Tontura
3. Instabilidade de marcha
4. Incoordenação
5. Nistagmo
6. Estupor ou coma
7. Visão dupla
8. Atenção ou memória prejudicada

Fonte: Kaplan, 2017

## Abstinência de álcool: Características, Diagnóstico e Manejo

Os critérios para diagnóstico conforme o DSM-5 consistem em redução ou cessação do uso de álcool associado a sintomas físicos ou neuropsiquiátricos: tremor (ocorrem geralmente de 6 a 8 horas após a interrupção), delírios, alucinações, convulsões (de 12 a 24 horas após) e delirium tremens (ocorrem nas primeiras 72 horas). Existem algumas condições as quais podem ser propícias para predispor ou agravar os sintomas de abstinência: doença física, depressão, desnutrição e fadiga. (Kaplan, 2017)

TABELA 11: MANEJO FARMACOLÓGICO DE INTOXICAÇÃO E ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA

Tremor e agitação leve a moderada intensidade	Diazepam VO 5 - 20mg a cada 4-6 horas. A dose inicial pode ser repetida de 2/2horas até paciente ficar mais calmo
Alucinação	Lorazepam VO 2 - 10 mg a cada 4-6 horas
Agitação psicomotora intensa	Clordiazepóxido EV 0,5 mg/kg a 12,5 mg/min
Convulsões	Diazepam EV 0,15 mg/kg a 2,5 mg/min
Delirium tremens	Lorazepam EV 0,1 mg/kg a 2 mg/min

Fonte: Kaplan, 2017



O manejo também está vinculado ao nível de gravidade da síndrome de abstinência (SAA): (Gusso, 2012; SMS - Florianópolis, 2010)

- **SAA Nível I:** *leve e moderada*. Sintomas surgem nas primeiras 24 horas após a última dose. Cursa com agitação, ansiedade, tremores finos de extremidades, alteração do sono, da senso-percepção, do humor, do relacionamento interpessoal, do apetite, sudorese em surtos, aumento da frequência cardíaca, pulso e temperatura. Alucinações são raras.
- **SAA Nível II:** *grave*. Cerca de 5% dos pacientes evoluem do estágio I para o II. Isso se dá cerca de 48 horas da última dose. Os sinais autonômicos são mais intensos, os tremores generalizados, apresentam alucinações auditivas e visuais e desorientação temporoespacial. Em um estágio ainda mais grave, cerca 3% dos pacientes do estágio II chegam ao Delirium Tremens (DM), após 72 horas da última dose, e normalmente piora ao entardecer (sundowning). Há riscos com seqüelas e morte entre aqueles que não recebem tratamento. Por volta de 10% a 15% destes apresentam convulsões do tipo grande mal. Esta psicose orgânica é reversível, dura de 2 a 10 dias, cursa com despersonalização, humor intensamente disfórico, alternado da apatia até a agressividade. Deve-se fazer diagnóstico diferencial com traumatismo craniano e doenças epileptiformes.

TABELA 12: MANEJO SAA NÍVEL I - AMBULATÓRIO E INTERNAÇÃO DOMICILIAR	
1ª semana	<b>Cuidados Gerais</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esclarecimento adequado sobre SAA para a pessoa e familiares</li> <li>- Retornos frequentes ou visitas da equipe no domicílio por 3 a 4 semanas</li> <li>- Contraindicação da condução de veículos durante o uso de benzodiazepínicos</li> <li>- Dieta leve ou restrita e hidratação adequada</li> <li>- Repouso relativo em ambiente calmo desprovido de estimulação audiovisual</li> <li>- Supervisão de familiar</li> <li>- Referenciamento para emergência se observar alteração da orientação temporoespacial e/ou nível de consciência</li> </ul>
	<b>Farmacoterapia</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiamina 300mg/dia IM</li> <li>- Sedativos: depende do caso               <ul style="list-style-type: none"> <li>Diazepam: 20 - 40mg/dia VO</li> <li>Clordiazepóxido: 100 - 200 mg/dia VO ou</li> <li>Lorazepam (hepatopatia associada): 4 - 8mg/dia VO</li> </ul> </li> </ul>
2ª e 3ª semanas	<b>Cuidados Gerais</b>
	Redução gradual dos cuidados gerais
	<b>Farmacoterapia</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiamina: 300mg/dia VO</li> <li>- Sedativos: redução gradual</li> </ul>

Fonte: Gusso, 2012; SMS - Florianópolis, 2010

TABELA 13: MANEJO SAA NÍVEL II - INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1ª semana	<b>Cuidados Gerais</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repouso absoluto</li> <li>- Redução do estímulo audiovisual</li> <li>- Monitorização da glicemia, dos eletrólitos e hidratação</li> <li>- Dieta leve ou jejum</li> <li>- Monitorização da evolução sintomatológica pela CIWA-Ar</li> </ul>
	<b>Farmacoterapia</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiamina 300mg/dia IM</li> <li>- Aumentar dose em caso de confusão mental, ataxia, nistagmo (Síndrome de Wernicke)</li> <li>- Sedativos: <ul style="list-style-type: none"> <li>Diazepam: 10 - 20mg VO a cada 1 hora ou</li> <li>Clordiazepóxido: 50 - 100 mg/dia VO a cada 1 hora ou</li> <li>Lorazepam (hepatopatia associada): 2 - 4mg VO a cada 1 hora</li> </ul> </li> </ul> <p>Se necessário, administrar diazepam EV 10mg em 4 minutos com retaguarda para o manejo de PCR</p>
2ª e 3ª semanas	<b>Cuidados Gerais</b>
	Redução gradual dos cuidados gerais
	<b>Farmacoterapia</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tiamina: 300mg/dia VO</li> <li>- Sedativos: redução gradual</li> </ul>

Fonte: Gusso, 2012; SMS - Florianópolis, 2010

## Rastreamento

Logo em um primeiro atendimento, deve-se perguntar para o paciente se ele "bebe vinho, cerveja ou alguma outra bebida alcoólica", e se a resposta for sim, pode-se iniciar uma investigação mais detalhada a fim de caracterizar o padrão de consumo do indivíduo. Para isso, existem questionários para auxiliar essa investigação:

TABELA 14: QUESTIONÁRIO CAGE
C ( <i>Cut down</i> ) Alguma vez sentiu-se que deveria diminuir ou parar de beber?
A ( <i>Annoyed</i> ) As pessoas o(a) aborrecem ao criticar o seu modo de beber?
G ( <i>Guilty</i> ) Você sente-se culpado(a)/chateado(a) pela maneira como costuma beber?

E (Eye-opener) Você costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca?
---

Se resposta for "sim" para 2 ou mais perguntas = indicam abuso do álcool
--

Fonte: Gusso, 2012

O questionário CAGE é de fácil aplicação, não faz diagnóstico de dependência, porém detecta os bebedores de risco, para os quais se deve propor uma intervenção. O CAGE possui boa sensibilidade e especificidade para duas respostas positivas. (SMS - Florianópolis, 2010)

Primeiramente, pode-se realizar o questionário CAGE para a identificação de uso abusivo do álcool, e depois, em um retorno, o profissional poderá aplicar o questionário AUDIT para identificar o padrão de consumo que o paciente leva além de combinar algumas intervenções:

## AUDIT

Circule o número que ficar mais próximo à resposta dada:

### 1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

- |           |                              |                                 |                                  |                                     |
|-----------|------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| (0) Nunca | (1) Uma vez por mês ou menos | (2) Duas a quatro vezes por mês | (3) Duas a três vezes por semana | (4) Quatro ou mais vezes por semana |
|-----------|------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|

### 2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses, copos ou garrafas você costuma tomar?

- |                    |                    |                    |                   |                        |
|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|------------------------|
| (0) 1 ou 2 "doses" | (1) 3 ou 4 "doses" | (2) 5 ou 6 "doses" | (3) 7 a 9 "doses" | (4) 10 ou mais "doses" |
|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|------------------------|

### 3. Com que frequência você toma seis ou mais doses em uma ocasião?

- |           |                              |                    |                        |                                  |
|-----------|------------------------------|--------------------|------------------------|----------------------------------|
| (0) Nunca | (1) Menos que uma vez ao mês | (2) Uma vez ao mês | (3) Uma vez por semana | (4) Todos os dias ou quase todos |
|-----------|------------------------------|--------------------|------------------------|----------------------------------|

### 4. Com que frequência, durante o último ano, você achou que não seria capaz de controlar a quantidade de bebida depois de começar?

- |           |                              |                    |                        |                                  |
|-----------|------------------------------|--------------------|------------------------|----------------------------------|
| (0) Nunca | (1) Menos que uma vez ao mês | (2) Uma vez ao mês | (3) Uma vez por semana | (4) Todos os dias ou quase todos |
|-----------|------------------------------|--------------------|------------------------|----------------------------------|

### 5. Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu cumprir com algum compromisso por causa da bebida?

- |           |                              |                    |                        |                                  |
|-----------|------------------------------|--------------------|------------------------|----------------------------------|
| (0) Nunca | (1) Menos que uma vez ao mês | (2) Uma vez ao mês | (3) Uma vez por semana | (4) Todos os dias ou quase todos |
|-----------|------------------------------|--------------------|------------------------|----------------------------------|

### 6. Com que frequência, durante o último ano, depois de ter bebido muito, você precisou beber pela manhã para se sentir melhor?

- |           |                              |                    |                        |                                  |
|-----------|------------------------------|--------------------|------------------------|----------------------------------|
| (0) Nunca | (1) Menos que uma vez ao mês | (2) Uma vez ao mês | (3) Uma vez por semana | (4) Todos os dias ou quase todos |
|-----------|------------------------------|--------------------|------------------------|----------------------------------|

### 7. Com que frequência, durante o último ano, você sentiu culpa ou remorso depois de beber?

- |           |                              |                    |                        |                                  |
|-----------|------------------------------|--------------------|------------------------|----------------------------------|
| (0) Nunca | (1) Menos que uma vez ao mês | (2) Uma vez ao mês | (3) Uma vez por semana | (4) Todos os dias ou quase todos |
|-----------|------------------------------|--------------------|------------------------|----------------------------------|

### 8. Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior por causa da bebida?

- |           |                              |                    |                        |                                  |
|-----------|------------------------------|--------------------|------------------------|----------------------------------|
| (0) Nunca | (1) Menos que uma vez ao mês | (2) Uma vez ao mês | (3) Uma vez por semana | (4) Todos os dias ou quase todos |
|-----------|------------------------------|--------------------|------------------------|----------------------------------|

### 9. Alguma vez na vida você ou alguma outra pessoa já se machucou, se prejudicou porque você bebeu?

- |         |                                |                               |
|---------|--------------------------------|-------------------------------|
| (0) Não | (2) Sim, mas não no último ano | (4) Sim, durante o último ano |
|---------|--------------------------------|-------------------------------|

### 10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com você por causa de bebida ou te disse para parar de beber?

- |         |                                |                               |
|---------|--------------------------------|-------------------------------|
| (0) Não | (2) Sim, mas não no último ano | (4) Sim, durante o último ano |
|---------|--------------------------------|-------------------------------|

**\*Preencha as questões 2 e 3, transformando as quantidades em “doses”:**

**CERVEJA:** 1 copo (de chope – 350ml), 1 lata – 1 “DOSE” ou garrafa – 2 “DOSES”

**VINHO:** 1 copo comum grande (250ml) – 2 “DOSES” – 2 “DOSES” ou 1 garrafa – 8 “DOSES”

**CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE:** 1 “martelinho” (60ml) – 2 “DOSES”

1 “martelo” (100ml) – 3 “DOSES” OU 1 garrafa – mais de 20 “DOSES”

**UISQUE, RUM, LICOR, etc.:** 1 “dose de dosador” (45-50ml) – 1 “DOSE”

**OBSERVAÇÕES:**

- Nas questões número 1 e 3, caso não seja compreendido, substitua por “com que frequência” ou “quantas vezes por ano, mês ou semana”; nas questões 4 a 8, substitua por de quanto em quanto tempo”.

- Nas questões número 4 a 8 caso não seja compreendido, substitua “durante o último ano” por “desde o mês de .....(corrente) do ano passado.

- Na questão 3 substitua “seis ou mais doses” pela quantidade equivalente das bebidas no(s) recipientes em que são consumidas. Ex. “.....três garrafas de cerveja ou mais”...

A pontuação que o sujeito atinge ao responder aos itens do AUDIT permite a classificação do uso da substância da seguinte forma: Baixo risco – 0 a 7 pontos; Uso de risco – 8 a 15 pontos; Uso nocivo – 16 a 19 pontos; Provável dependência – 20 a 40 pontos. A partir da identificação da zona de risco, torna-se possível ao profissional oferecer orientações personalizadas, focadas no padrão de consumo individual.

Fonte: Méndez, E.B. (1999). Uma versão brasileira do AUDIT- Alcohol Use Disorders Identification Test. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. Disponível no link <http://www.epidemioufpel.org.br/uploads/teses/Brod%20Mendez%201999%20Disser t.pdf>

## Tratamento:

A base do tratamento envolve três pilares: intervenção, desintoxicação e reabilitação a fim de abordar todo o atendimento médico necessário além contemplar as possíveis emergências psiquiátricas que possam aparecer. (Kaplan, 2017)

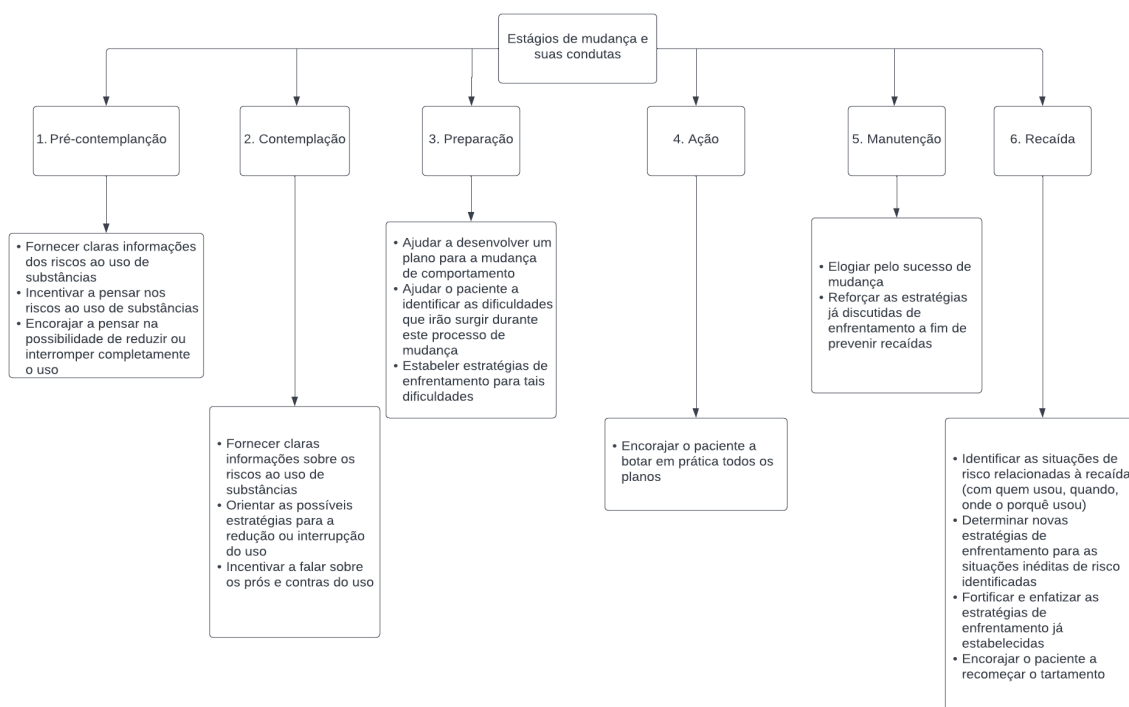
- **Intervenção:** objetiva convencer o paciente de que ele é o principal responsável pelos seus atos, sempre lembrando os males e prejuízos que o uso traz. É onde o profissional pega todas as queixas (insônia, depressão, estresse...) e explica que o álcool que contribui para tais queixas
- **Desintoxicação:** é essencial que seja realizado o exame físico como primeira etapa, onde na ausência de condição médica ou abuso com outra substância é bem provável que não haja abstinência grave. Na segunda etapa, deve-se proporcionar alimentação adequada, descanso e vitaminas (principalmente a tiamina).

- **Reabilitação:** constitui de esforços contínuos para manter a motivação, auxiliar o paciente a readaptar a um estilo de vida sem o álcool e prevenção de recaídas. Podem ser usados grupos (alcoólicos anônimos), medicamentos (dissulfiram, naltrexona, acamprosato) e terapia.

Existem intervenções psicossociais as quais podem ser úteis no manejo não farmacológico do abuso de álcool, as quais poderão ser vistas na seção de "Tratamento não farmacológico / Intervenções Psicossociais na APS". Acabam sendo essenciais no aconselhamento do paciente para que ele interrompa ou reduza o consumo de qualquer substância, baseado em informações personalizadas, obtidas durante a anamnese. (SMS - Florianópolis, 2010)

O objetivo principal do tratamento não é alcançar a abstinência, e sim auxiliar na manutenção e prevenção de recaídas. Para o uso abusivo, as principais indicações são a **naltrexona (50mg/dia)**, **dissulfiram (125 a 500 mg/dia)** e **acamprosato (666mg 3x/dia)**, porém, nenhuma dessas medicações citadas fazem parte da lista de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), não fazendo parte do SUS, dificultando então o acesso ao tratamento. (Gusso, 2012; Kaplan, 2017) Dissulfiram oral supervisionado tem demonstrado ser mais efetivo (diminui número de dias de consumo do álcool) para pacientes que acreditam em sua eficácia e permaneçam aderentes ao tratamento, além de ser eficaz quando associado a um tratamento que inclua uma abordagem de reforço comunitário. (SMS - Florianópolis, 2010)

Algumas medicações estão em estudo e demonstrando-se promissoras no tratamento do uso abusivo de álcool, são eles: topiramato, gabapentina (que reduzem o consumo de álcool além de auxiliar na fase de abstinência por terem menos interação com o álcool), baclofeno (ideal para manutenção da abstinência naqueles que possuem cirrose hepática) e ondansetrona (para a redução do uso no início do alcoolismo). (Gusso, 2012)



Fonte: Adaptada de GUSSO, Gustavo D. F., LOPES, Jose M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012, 2098

### Indicações de exames:

No geral, exames possuem pouca utilidade no diagnóstico de uso abusivo de álcool, porém é essencial para o acompanhamento e vigilância de complicações. Normalmente já haverá alterações em hemograma apresentando uma macrocitose, aumento das transaminases e Gama GT, sendo o padrão mais comum em indivíduos com hepatite alcoólica é a discrepância de aumento do TGO com o TGP (TGO 2 vezes maior). Níveis séricos de transferrina deficiente em carboidrato (CDT) podem demonstrar uma possível ingestão crônica de grande quantidade de álcool, com alta especificidade, porém possui um alto custo. (Gusso, 2012)



### 3. Principais diagnósticos em crianças e adolescentes:

#### 3.1: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH):

TDAH é o diagnóstico mais comum da infância e possui uma prevalência que varia de 5% a 18% nas crianças dependendo da literatura, ocorrendo mais em meninos do que em meninas. A importância de se saber manejar tal transtorno na APS se dá porque tais pacientes inicialmente demonstram dificuldades de comportamento e desenvolvimento escolar, sendo assim, a própria escola acaba por encaminhar à APS para uma avaliação. (Gusso, 2012; Kaplan. 2017)

Mesmo sendo um transtorno mais comum em crianças, a ocorrência em adultos também não é rara, pois em até 60% destes ainda se mantém sintomáticos na vida adulta, ou são diagnosticados tardiamente, podendo prejudicar a vida pessoal e profissional, além de estar relacionados a outros transtornos de ansiedade, de aprendizagem, de humor e comportamento.(Gusso, 2012; Kaplan. 2017)

Estudos vêm mostrando a relação da vida cotidiana com o TDAH: sono mais curto (<10 horas) e redução de tempo em atividades cognitivas (<1 hora/dia), podendo gerar maior risco para o desenvolvimento de TDAH, porém os dados existentes comprovam que a etiologia do transtorno é basicamente genético (com cerca de 75% de hereditariedade) (Gusso, 2012; Kaplan. 2017)

#### Diagnóstico:

Para o diagnóstico, é importante que as informações sejam coletadas de pais, professores e cuidadores da criança, levando em conta o início dos sintomas e grau de interferência no cotidiano, além de sempre verificar se há a existência de outros transtornos associados como transtorno de humor e distúrbio de aprendizagem. (Gusso, 2012)

Para auxiliar no diagnóstico preliminar do TDAH, pode ser usado o questionário SNAP-IV, onde pais, professores e cuidadores, podem marcar a frequência de cada sintoma apresentado pela criança. (Marcon, 2016)

TABELA 15: DIAGNÓSTICO DE TDAH CONFORME DSM-5
---

A. Padrão constante de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que prejudica no desenvolvimento:
---

1. **DESATENÇÃO:** No mínimo 6 dos seguintes sintomas, por no mínimo 6 meses
- a) Geralmente não presta atenção nos detalhes levando a erros por descuido em tarefas, trabalho ou atividades
  - b) Possui dificuldade em perdurar a atenção em atividades
  - c) Parece estar frequentemente não escutando quando outros estão lhe dirigindo a palavra
  - d) Não é capaz de seguir orientações até a completa finalização, não conseguindo terminar os trabalhos, tarefas ou deveres
  - e) Tem dificuldade em ordenar, organizar tarefas
  - f) Fica frequentemente evitando ou relutando em se envolver em tarefas que exijam algum empenho mental prolongado
  - g) Constantemente perde itens necessários e importantes para as tarefa ou atividades
  - h) É facilmente distraído por algum fator externo
  - i) Se esquece facilmente das tarefas e atividades cotidianas

2. **HIPERATIVIDADE:** No mínimo 6 dos seguintes sintomas, por no mínimo 6 meses

- a) Bataca e remexe as mãos, pés ou fica se contorcendo enquanto sentado
- b) Fica levantando da cadeira frequentemente em situações que é necessário a permanência
- c) Fica correndo ou subindo em coisas nos momentos considerados inapropriados
- d) Não é capaz de se envolver em brincadeiras ou lazer que são mais "calmos"
- e) "Não para" com frequência, agindo como se estivesse com o "motor ligado"
- f) Fala muito
- g) Responde antes mesmo da pergunta ser concluída
- h) Possui dificuldade em paciência para esperar a sua vez
- i) Frequentemente se intromete ou interrompe nos assuntos

B. Diversos sintomas da hiperatividade-impulsividade ou desatenção já estão presentes antes dos 12 anos de idade

C. Diversos sintomas da hiperatividade-impulsividade ou desatenção estão presentes em pelo menos 2 ambientes diferentes

D. Sintomas interferem e prejudicam no funcionamento social, acadêmico ou profissional, reduzindo sua qualidade

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante a crise de esquizofrenia ou outros transtornos psicóticos e não entram na classificação de outros transtornos mentais

Fonte: Adaptada de **KAPLAN**, HI. & **SADOCK**, B. Compêndio de **Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

TABELA 16: SUBTIPOS DE TDAH CONFORME DSM-5

1. Apresentação combinada: critérios A1 e A2 são preenchidos durante 6 meses
2. Apresentação predominantemente desatenta: critério A1 é preenchido, porém o critério A2 não é preenchido nos últimos 6 meses
3. Apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva: critério A2 é preenchido, porém o critério A1 não é preenchido nos últimos 6 meses.

Fonte: **KAPLAN**, HI. & **SADOCK**, B. Compêndio de **Psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

Figura: Questionário SNAP-IV

NOME:				
SÉRIE:		IDADE:		
OBS.: para cada item, escolha a coluna que melhor descreve o(a) aluno(a) e marque um X				
QUESTÕES	RESPOSTAS			
	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1 – Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas.				
2 – Tem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer.				
3 – Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele.				
4 – Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas e obrigações.				
5 – Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.				
6 – Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado.				
7 – Perde coisas necessárias para atividades (por exemplo, brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
8 – Distrai-se com estímulos externos.				
9 – É esquecido em atividades do dia a dia.				
10 – Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.				
11 – Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado.				
12 – Corre de um lado para outro ou sobe nas mobílias em situações em que isso é inapropriado.				
13 – Tem dificuldade para brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma.				
14 – Não para ou costuma estar a “mil por hora”.				
15 – Fala em excesso.				
16 – Responde às perguntas de forma precipitada antes que elas tenham sido terminadas.				
17 – Tem dificuldade para esperar sua vez.				
18 – Interrompe ou outros ou se intromete (por exemplo, intromete-se em conversas/jogos)				
<b>COMO AVALIAR 1:</b> havendo pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” ou “DEMAIS” de 1 a 9 = existem mais sintomas de desatenção que o esperado numa criança ou adolescente.				
<b>COMO AVALIAR 2:</b> havendo pelo menos 6 itens marcados como “BASTANTE” ou “DEMAIS” de 10 a 18 = existem mais sintomas de hiperatividade e impulsividade que o esperado numa criança ou adolescente.				

Fonte: MARCON, Gabrielli Teresa Gadens; SARDAGNA, Helena Venites; SCHUSSLER, Dolores. O questionário SNAP-IV como auxiliar psicopedagógico no diagnóstico PRELIMINAR do Transtorno de déficit de

Durante a avaliação, deve especificar se paciente encontra-se em remissão parcial, que é quando todos os critérios já haviam sido preenchidos no passado, porém só alguns foram preenchidos nos últimos 6 meses e se caso os sintomas ainda causam algum prejuízo. (Gusso, 2012)

### Tratamento farmacológico:

Para a grande maioria dos especialistas, a primeira linha do tratamento de TDAH, os estimulantes, são os mais efetivos, apesar de alguns especialistas não concordarem com isso. Para o Brasil, o medicamento melhor disponível e eficaz é o Metilfenidato (Ritalina®), com importante redução dos sintomas de desatenção, impulsividade e hiperatividade. Pode ser iniciado nas doses de 5 mg, uma ou duas vezes por dia. As doses devem variar entre 0,4 a 1,3 mg/kg/dia (usualmente até 1 mg/kg/dia), com dose máxima de 60 mg/dia. O aumento de 5 mg pode ser feito a cada 3 a 7 dias, até que os principais sintomas melhorem em 40 a 50% em comparação ao quadro inicial, na ausência de efeitos adversos inaceitáveis. A última dose deve ser administrada antes das 18 horas e a medicação deve ser descontinuada se não houver benefício após 4 semanas de uso. (TelessaúdeRS-UFRGS, 2019) Como segunda escolha, caso o Metilfenidato não tenha tido uma boa resposta, podem ser usados antidepressivos como imipramina, nortriptilina, venlafaxina, bupropiona, fluoxetina, sertalina e paroxetina. (Desidério, 2007)

As principais contraindicações para uso de metilfenidato são: hipertensão grave, insuficiência cardíaca, arritmia, angina, psicose, glaucoma, hipertireoidismo, história pessoal ou familiar de Síndrome de Tourette. (TelessaúdeRS-UFRGS, 2019)

### Tratamento não farmacológico:

O tratamento não medicamentoso também possui uma grande relevância no seguimento do TDAH. Não é possível curá-lo, porém age na atenuação dos sintomas e dificuldades em que o transtorno se correlaciona. Um dos tratamentos importantes é o treinamento dos pais, responsáveis e em sala de aula no manejo de eventualidades, visando facilitar o convívio desta criança ou adolescente auxiliando na compreensão do comportamento, evitando o desinteresse e ensinando técnicas para manejo e prevenção de novos problemas. (Desidério, 2007)

Psicoterapia deve sempre ser considerada quando TDAH estiver associado a outra comorbidade (transtorno de conduta, depressão) ou quando há um sofrimento significativo do paciente mesmo sem nenhuma comorbidade. (Desidério, 2007)

### Quando encaminhar:

Indivíduos com indicação de uso de medicações prescritas por psiquiatra, avaliação mais aprofundada conforme o conhecimento da criança for se aprofundando, são indicações de encaminhamento para especialistas e/ou NASF, visto que grande parte dos casos podem ser acompanhados apenas pela ESF. (Gusso, 2012)

### 3.3: Transtorno do Espectro Autista (TEA):

O TEA é caracterizado por um conjunto de sintomas heterogêneos de origem neurológica com causa hereditária que geram disfunções em comunicação, linguagem e comportamentos repetitivos, sendo muito mais prevalente em meninos do que meninas (cerca de 4x maior), de início antes dos 3 anos de idade, e que possui uma incidência de cerca de 8 em 10 mil crianças. (Kaplan, 2017; Cordioli, 2015)

Era classificado antigamente por cinco grupos/transtornos distintos: transtorno do autismo, de Asperger, desintegrativo da infância global do desenvolvimento sem outra especificação e síndrome de Rett. Um consenso clínico recente acabou por mudar este conceito de TEA para um modelo de transição gradual, em que os diversos sintomas apresentados são reconhecidos como inerente ao transtorno e os problemas diagnósticos caíram para dois domínios: deficiências na comunicação social e comportamentos restritivos e repetitivos, sendo o domínio "desenvolvimento e uso de linguagem aberrante" acabou por deixar de ser considerado uma característica básica do TEA. (Kaplan, 2017)

#### Características e Diagnóstico:

TABELA 17: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE TEA CONFORME DSM-5

- A) Carência de comunicação social e interação social:
1. Carência da troca socioemocional como déficit de interação, interpelação anormal, incapacidade de ter um diálogo ou conversa normal.
  2. Carência em condutas não verbais na comunicação
  3. Carência em fortalecer, preservar e entender relacionamentos, além de falta de interesse por outros.

Especificar a gravidade:

B) Comportamento de repetição e restrito

1. Movimentos, utilização de objetos ou fala repetitiva ou estereotipada
2. Fixação pelas mesmas coisas, rotina e intolerante a rotina diferente
3. Fascínio ou interesse a coisas restritas ou fixas
4. Hiperreatividade ou hiporreatividade sensorial

C) Sintomas devem estar presentes no período do desenvolvimento

D) Sinais e sintomas prejudicam socialmente, profissionalmente ou cotidiano da pessoa

E) Deve ser descartado déficit intelectual (transtorno do desenvolvimento intelectual) ou atraso global do desenvolvimento.

Fonte: Adaptada de **KAPLAN**, HI. & **SADOCK**, B., 2017

Existem alguns sintomas que podem estar associados ao TEA, não sendo incluídos como sinais e sintomas obrigatórios para diagnóstico (Kaplan, 2017):

- **Disfunção no desenvolvimento da linguagem:** apesar de não entrar nos critérios básicos de diagnóstico do TEA, é considerado um sintoma de TEA mais grave. Existe uma dificuldade para organizar frases, mesmo já possuindo um vasto vocabulário, ou quando as crianças conseguem formular as frases, as mesmas transferem informações sem ortoépia ou com presença de entoação típica (cliques, ruídos, guinchos, sílabas), estereotipação de frases, ecolalia, hiperlexia ou inversões pronominais.
- **Déficit intelectual:** cerca de 30% das crianças podem apresentar um certo nível de incapacidade intelectual.
- **Irritabilidade, instabilidade no humor:** podem apresentar birras, autolesão ou agressão, além de mudanças súbitas no humor.
- **Estímulos sensoriais mais sensíveis:** estas crianças podem responder de forma mais intensa a alguns estímulos como som e dor.
- **Desatenção e Hiperatividade**
- **Habilidades precoces:** crianças com TEA podem apresentar capacidade muito mais avançada e melhor em certas habilidades comparado aos outros, como memória, cálculos e música.
- **Insônia**
- **Suscepção a pequenas infecções e sintomas gastrointestinais**

### Classificação Diagnóstica:

Existem alguns transtornos incluídos no TEA, por possuir uma gama de comportamentos que eram classificados separadamente antes da alteração no DSM-5 e hoje não são considerados como diagnósticos distintos. São eles:

- **Síndrome de Asperger:** é considerada o polo mais leve do espectro do autismo. Esta síndrome engloba crianças com características autistas, exceto quanto à linguagem, que está presente, acompanhada por um bom nível cognitivo. As crianças com a síndrome costumam ter uma "esquisitice" na interação social, falar de modo pedante ou com "inflexão de adulto", podendo usar palavras rebuscadas ou neologismos e perseverar em assuntos específicos e idiossincráticos sem perceber se o interlocutor está interessado em escutá-las. Não entendem as sutilezas subentendidas na comunicação, elas têm pouco senso de humor ou interpretação literal do que escutam. São desajeitadas no contato social, perdendo de empatia, o que as leva a preferir atividades isoladas. Porém, podem apresentar apego e interesse por algumas figuras (geralmente familiares). Seu repertório limitado de atividades pode fazê-las se tornar "especialistas" em algum tema, demonstrar "memória prodigiosa" em relação a assuntos restritos (calendários, listas telefônicas etc.) ou levá-las a colecionar objetos. Estereotipias motoras são menos comuns. Mais prevalente no sexo masculino, numa relação de oito meninos/uma menina. (Kaplan, 2017; BRASIL, 2015)
- **Transtorno desintegrativo:** também conhecido como Síndrome de Heller e psicose desintegrativa. Aqui há o desenvolvimento normal da criança até 2 ou mesmo 6 anos de idade, seguido de perda definitiva e rápida no decorrer de alguns meses, das funções intelectual, social e linguística. Ocorre perda das habilidades já adquiridas

da fala, da brincadeira, da interação social e da autonomia, associada a maneirismos e estereotípias motoras, podendo haver perda no controle da urina e das fezes. O resultado final é um misto de quadro autista e retardo mental. (Kaplan, 2017; BRASIL, 2015)

- **Síndrome de Rett:** esta síndrome tem causalidade genética definida (mutação no gene MECP2, localizado no cromossomo X). Nesse quadro, que praticamente só atinge meninas há desenvolvimento normal, que pode ir de 7 a 24 meses, seguido de perda dos movimentos voluntários das mãos, estereotípias manuais (a mais típica é o movimento repetitivo de “lavagem de mãos”, com os braços flexionados e as mãos se esfregando na altura do tórax), risos não provocados, hiperventilação, convulsões, microcefalia e desaceleração do crescimento do crânio. Paulatinamente, o prejuízo motor vai atingindo o troco e os membros inferiores, fazendo que a paciente pare de andar por volta do fim da adolescência, com óbito antes dos 30 anos de idade. Apesar de apresentar algumas características autistas, a paciente geralmente mantém certo grau de contato social e visual. (Kaplan, 2017; BRASIL, 2015)

### Sinais de alerta e Rastreamento:

TABELA 18: SINAIS DE ALERTA SUGESTIVOS DE TEA

- Não é capaz de olhar diretamente nos olhos aos 2 - 3 meses
- Não sorri aos 6 meses
- Não acompanha adulto significativo quando o mesmo se afasta aos 8 meses
- Não balbucia, não estende os braços solicitando a ser pego no colo aos 9 meses
- Dá mais atenção aos objetos do que às pessoas, focando por mais tempo e observando o objeto mais do que o esperado. Não busca ou compartilha atenção
- Não estrutura brincadeira, não possuindo imaginação. São brincadeiras bizarras e repetitivas (enfileirar carrinhos, encher caixa de brinquedos para virar novamente repetidamente)
- Não imita sons e ações (bater palmas, tambor, repetir palavras ou sons, dar tchau)
- Não olha quando é chamado (lembrando que audição deve ser avaliada e estando normal)
- Com 1,5 anos ainda não pronuncia nenhuma palavra inteligível
- Com 2 anos, ainda não elabora nenhuma frase com começo, meio e fim

Fonte: Gusso, 2012

Ao suspeitar do diagnóstico de TEA, pode-se buscar relato estruturado dos pais e professores a partir de diversos questionários existentes. Para auxiliar na identificação de quadros de TEA na APS, os pediatras americanos recomendam realizar o rastreio a partir do questionário *Modified Children's Autism Test (M-CHAT)*. Se positivo, justifica-se a avaliação mais aprofundada a qual deve ser realizada com um especialista. (Gusso, 2012)



### Escala Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)

Nome: \_\_\_\_\_ Preenchido por: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Parentesco do informador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Por favor, preencha este questionário sobre o comportamento usual da criança. Responda a todas as questões. Se o comportamento descrito for raro (ex. foi observado uma ou duas vezes), responda como se a criança não o apresente. Faça um círculo à volta da resposta "Sim" ou "Não".**

1	Gosta de brincar ao colo fazendo de "cavalinho", etc.?	Sim	Não
2	Interessa-se pelas outras crianças?	Sim	Não
3	Gosta de subir objectos, como por exemplo, cadeiras, mesas?	Sim	Não
4	Gosta de jogar às escondidas?	Sim	Não
5	Brinca ao faz-de-conta, por exemplo, falar ao telefone ou dar de comer a uma boneca, etc.?	Sim	Não
6	Aponta com o indicador para pedir alguma coisa?	Sim	Não
7	Aponta com o indicador para mostrar interesse em alguma coisa?	Sim	Não
8	Brinca apropriadamente com brinquedos (carros ou Legos) sem levá-los à boca, abanar ou deitá-los ao chão?	Sim	Não
9	Alguma vez lhe trouxe objectos (brinquedos) para lhe mostrar alguma coisa?	Sim	Não
10	A criança mantém contacto visual por mais de um ou dois segundos?	Sim	Não
11	É muito sensível aos ruídos (ex. tapa os ouvidos)?	Sim	Não
12	Sorri como resposta às suas expressões faciais ou ao seu sorriso?	Sim	Não
13	Imita o adulto (ex. faz uma careta e ela imita)?	Sim	Não
14	Responde/olha quando o(a) chamam pelo nome?	Sim	Não
15	Se apontar para um brinquedo do outro lado da sala, a criança acompanha com o olhar?	Sim	Não
16	Já anda?	Sim	Não
17	Olha para as coisas para as quais o adulto está a olhar?	Sim	Não
18	Faz movimentos estranhos com as mãos/dedos próximo da cara?	Sim	Não
19	Tenta chamar a sua atenção para o que está a fazer?	Sim	Não
20	Alguma vez se preocupou quanto à sua audição?	Sim	Não
21	Compreende o que as pessoas lhe dizem?	Sim	Não
22	Por vezes fica a olhar para o vazio ou deambula ao acaso pelos espaços?	Sim	Não
23	Procura a sua reacção facial quando se vê confrontada com situações desconhecidas?	Sim	Não

*Diana L. Robins, Ph.D*

#### Cotação:

A cotação do M-CHAT leva menos de dois minutos. Resultados superiores a **3 (falha em 3 itens no total)** ou em **2 dos itens considerados críticos (2,7,9,13,14,15)**, após confirmação, justificam uma avaliação formal por técnicos de neurodesenvolvimento.

As respostas Sim/Não são convertidas em passa/falha. A tabela que se segue, regista as repostas consideradas **Falha** para cada um dos itens do M-CHAT. As questões a "**Negrito**" representam os **itens CRITICOS**.

1. Não	6. Não	11. Sim	16. Não	21. Não
<b>2. Não</b>	<b>7. Não</b>	12. Não	17. Não	22. Sim
3. Não	8. Não	<b>13. Não</b>	18. Sim	23. Não
4. Não	<b>9. Não</b>	<b>14. Não</b>	19. Não	
5. Não	10. Não	<b>15. Não</b>	20. Sim	

#### Tratamento:

O objetivo principal é focar nos comportamentos básicos para melhorar as interações sociais e comunicação. Ainda não há fármacos que tratam o Autismo em si, então, o tratamento é baseado a partir dos sintomas associados descritos anteriormente, levando em conta o prejuízo que causa no paciente.(Cordioli, 2015; Kaplan, 2017).

- Irritabilidade: Risperidona (0,5 a 1,5mg) ou Aripiprazol (5 a 15mg) auxiliam no controle dos comportamentos agressivos e autolesivos.
- Hiperatividade, desatenção: Metilfenidato 0,25 a 0,5 mg/kg
- Movimentos repetitivos e estereotipados: Risperidona e Valproato

As intervenções psicossociais têm como foco ajudar as crianças com TEA a desenvolver habilidades, estimulando comportamentos socialmente aceitáveis e reduzindo os sintomas de comportamento estranhos. O tratamento é amplo e detalhado inclui programas comportamentais intensivos, treinamento e participação dos pais e intervenções acadêmicas ou educacionais. (Kaplan, 2017)

### Indicações de exames:

Não há exames específicos para o TEA, porém, em alguns casos deve-se encaminhar para uma avaliação especializada para a investigação de outras hipóteses diagnósticas e síndromes associadas. Nos casos de distúrbios, deficiência intelectual, manchas café com leite ou erros inatos do metabolismo, um geneticista poderá solicitar exames específicos. Assim como, exames de imagem cerebral para excluir causas neurológicas que se apresentam com sintomas associados de tremores, convulsões, dificuldade motora ou deficiência intelectual). Exames laboratoriais podem ser solicitados no acompanhamento do paciente conforme o uso de medicações. (Gusso, 2012)

### Quando encaminhar:

Deve-se encaminhar todos os casos suspeitos de TEA, ao menos para psiquiatra ou neurologista infantil a fim de confirmar diagnóstico. Todo paciente deve ter um plano de tratamento, então deve-se também encaminhar para equipe multiprofissional. (Gusso, 2012)

## 3.4: Transtornos Alimentares:

### 3.4.1: Anorexia Nervosa:

Transtornos relacionados à alimentação são psicopatologias difíceis de serem abordadas, devido a grande complexidade da etiologia e do quadro. Fatores biológicos, familiares, socioculturais e psicológicos interagem para a instalação e

manutenção destes quadros, exigindo equipe especializada, multi e interdisciplinar para o tratamento. (SMS - Florianópolis, 2010)

A anorexia nervosa é caracterizada por intensa perda de peso intencional às custas de dietas extremamente rígidas, sendo uma síndrome composta por 3 sintomas essenciais para sua caracterização, geralmente, porém nem sempre, associada a distúrbio de imagem corporal. Tais sintomas essenciais são: ((SMS - Florianópolis, 2010; Kaplan, 2017)

- Comportamento de inanição autoprovocado
- Medo excessivo de engordar ou procura ininterrupta pela magreza
- Existência de sintomas ou sinais do comportamento de inanição

É muito mais frequente no sexo feminino do que no masculino, sendo a faixa etária de início entre os 14 e 18 anos. Também pode estar associado a pessoas com trabalhos associados à magreza ou à imagem.

#### Características e Diagnóstico:

TABELA 19: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA ANOREXIA NERVOSA CONFORME DSM-5

- A. Restrição de ingesta calórica em relação ao mínimo necessário gerando baixo peso corporal substancialmente abaixo do esperado para idade, gênero, desenvolvimento e saúde.
- B. Intensa sensação de medo em ganhar peso ou engordar, levando a atitudes para perda de peso, mesmo já estando abaixo do ideal.
- C. Não reconhecimento ou não percepção da gravidade do baixo peso atual

Subtipos:

**Tipo restritivo:** No decorrer dos últimos 3 meses, a pessoa não entrou em algum episódio de compulsão alimentar ou purgação (vômito autoinduzido, uso de laxante, diurético ou enema). A perda de peso envolve apenas dieta, jejum e/ou exercício físico extenuante.

**Tipo compulsivo alimentar purgativo:** Ao contrário do tipo restritivo, no decorrer dos últimos 3 meses, a pessoa se envolveu com episódios de compulsão alimentar purgativa.

Definir remissão:

**Parcial:** critério A não está mais presente por um período de tempo, porém critério B ou C ainda estão presentes.

**Completa:** Nenhum critério está mais presente.

Classificação quanto a gravidade:

Leve: IMC  $\geq 17$  kg/m<sup>2</sup>

Moderada: IMC 16 - 16,99 kg/m<sup>2</sup>

Grave: IMC 15 - 15,99 kg/m<sup>2</sup>

Extrema: IMC <15 kg/m<sup>2</sup>

Adaptado de **KAPLAN**, HI. & **SADOCK**, B. Compêndio de **Psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

Paciente com anorexia nervosa possuem um relacionamento peculiar com a comida: podem ocultar alimentos pelo domicílio, podem carregar uma quantidade significativa de doces e sobremesas em bolsos ou bolsas escondendo-os, cortar pedaços pequenos de comida e ficar reorganizando-os pelo prato durante a refeição, furtar comida além de recusarem a falar no assunto quando abordados sobre os comportamentos peculiares ou até negam tais comportamentos. (Kaplan, 2017)

Além de comportamentos peculiares, alguns transtornos podem estar associado à anorexia como obsessivo-compulsivo, depressão e ansiedade. (Kaplan, 2017)

#### Tratamento:

O objetivo do tratamento da anorexia é o ganho de peso até o índice de massa corporal (IMC) acima de 19. (SMS - Florianópolis, 2010)

**Terapia não farmacológica:** com a Terapia cognitivo-comportamental, psicoterapia dinâmica e terapia familiar os pacientes e seus familiares aprendem a monitorar a ingestão alimentar, os comportamentos, sentimentos e emoções. É importante salientar que a equipe responsável pelo tratamento destes pacientes deve sempre enfatizar os benefícios (melhora dos sintomas depressivos, alívio da insônia...) para que o paciente continue com o tratamento, além de usar de reforços positivos (elogios), abordagem firme e apoiadora. (Kaplan, 2017)

As intervenções psicossociais e intervenções familiares podem ser utilizadas, tendo uma duração de no mínimo seis meses (primeiro tratamento) ou 12 meses (pacientes pós-alta hospitalar). Os objetivos são: redução de riscos, encorajamento ao ganho de peso e ao comer saudável, redução de outros sintomas relacionados ao transtorno alimentar e facilitar a recuperação física e psicológica. Apenas utilizar o acompanhamento dietético isoladamente não é uma boa opção de tratamento, visto que há má adesão quando comparado às outras formas de intervenção psicoterápica. (SMS - Florianópolis, 2010)

**Terapia farmacológica:** apesar de ainda não existir medicamentos capazes de tratar a anorexia nervosa em si, alguns estudos mostraram certa evidência de melhora dos sintomas do subtipo restritivo de anorexia ao uso de Ciproheptadina (anti-histamínico e antissérotônico) e Amitríptilina. Já o uso de Clorpromazina, Clomipramina, Pimozina e Fluoxetina tiveram resultados variáveis. Lembrando que o início do uso dos tricíclicos seria melhor após a melhora do estado nutricional devido ao risco de arritmia, desidratação e hipotensão. (Kaplan, 2017)

### Indicações de exames:

Pacientes normalmente acabam recebendo atendimento médico quando já estão em um quadro grave, onde surgem os sinais e sintomas físicos, podendo ser solicitados exames: (Kaplan, 2017)

- Bradicardia, hipotensão
- Hipotermia
- Atrofia muscular
- Edema periférico
- Anemia, leucopenia
- Azotemia pré-renal
- Hipoglicemia, hipercolesterolemia
- Amenorreia, redução de LH, FSH, estrógeno ou testosterona, aumento de prolactina
- Redução de TSH e T3
- Eletrocardiograma apresentando alterações de segmento ST e onda T conforme alcalose hipocalêmica

### Quando encaminhar:

**Manejo hospitalar:** para paciente com condições graves de desnutrição (20% abaixo do peso esperado conforme altura) ou baixa cooperação. Para aqueles que o peso está abaixo de 30% do esperado, necessitarão de internação hospitalar psiquiátrica por cerca de 2 a 6 meses. (Kaplan, 2017)

### 3.4.2: Bulimia Nervosa:

A bulimia nervosa constitui de ocorrências de compulsão alimentar com sensação de perda de controle, *binge eating* (ataques à geladeira, despensa...), associados à maneiras indevidas de cessar o ganho de peso, normalmente ligadas também com sentimentos de culpa (pois gera pânico naqueles que percebem que a ingestão alimentar passou dos limites), aversão a si mesmo e depressão. Em comparação à anorexia nervosa, a bulimia possui uma prevalência maior, sendo de 1 a 4% em mulheres jovens, além de frequentemente estar presente em mulheres tanto com peso dentro da normalidade como com histórico de obesidade. (Kaplan, 2017; SMS - Florianópolis, 2010; Dalgalarondo, 2008)

### Características e Diagnóstico:

TABELA 20: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE BULIMIA NERVOSA CONFORME DSM-5

- A. Recorrência de episódios de compulsão alimentar, caracterizado por:
- Ingestão de uma quantidade de alimentos, em algum período de tempo, bem maior do que a maioria das pessoas normalmente ingerem neste mesmo período de tempo.
  - Percepção de falta de controle sobre a ingestão durante o período.
- B. Condutas compensatórias inadequadas recorrentes ocorrem com a finalidade de impedir o ganho de peso (uso de laxativos, diuréticos, jejum, exercícios em excesso, vômitos auto provocados)
- C. A compulsão alimentar e condutas compensatórias inadequadas ocorrem pelo menos 1 vez por semanas por 3 meses.
- D. A autoavaliação é impropriamente influenciada pelo peso ou forma corporal
- E. A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

Remissão:

**Parcial:** Somente alguns critérios ainda estão presentes por um período sustentado

**Completa:** Nenhum critério está presente por um período sustentado.

Gravidade:

**Leve:** de 1 a 3 episódios de bulimia e condutas compensatórias inadequadas (vômitos auto provocados, uso de laxantes, diuréticos, etc) por semanas

**Moderada:** de 4 a 7 episódios semanais

**Grave:** de 8 a 13 episódios semanais

**Extrema:** ≥ 14 episódios semanais

Adaptado de: **KAPLAN**, HI. & **SADOCK**, B. Compêndio de **Psiquiatria**: ciência do comportamento e psiquiatria clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017; **DALGALARRONDO** P. (2008). Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2ª edição.

#### Transtorno de compulsão alimentar X Bulimia nervosa:

Algo importante a salientar é a diferença entre Transtorno de compulsão alimentar e a Bulimia Nervosa. O primeiro é caracterizado pelos episódios de compulsão alimentar recorrente (*binge eating*), por pelo menos 1 semana, durante vários meses, sendo que o paciente sente que perdeu o controle, não consegue parar e **não há comportamento purgativo**. Diferente da bulimia nervosa onde além do *binge eating*, tem que haver associação com comportamento purgativo. (Dalgallarrondo, 2008)

## Tratamento:

O objetivo do tratamento da bulimia é a regularização do padrão alimentar associado a cessação de práticas purgativas e restritivas. (SMS - Florianópolis, 2010)

**Tratamento não farmacológico:** terapia cognitivo-comportamental (TCC), sendo a primeira linha de escolha, com 18 a 20 sessões por 5 a 6 meses ou psicoterapia dinâmica, porém podem apresentar sucesso limitado.

**Tratamento farmacológico:** antidepressivos ISRS, imipramina, trazodona e IMAOs com as mesmas doses de tratamento para transtorno depressivo (com exceção da Fluoxetina que seria de uma dose 60-80mg/dia) demonstraram efetivos na melhora da compulsão-purgação independente da presença de alteração do humor. (Kaplan, 2017)

## Quando encaminhar:

**Manejo hospitalar:** para pacientes refratários ao tratamento ambulatorial, risco para suicídio e/ou abuso de substâncias. (Kaplan, 2017)

## 4. Tratamento medicamentoso / Psicotrópicos:

A palavra psicotrópico vem de *Psyché* (mente) + *Trópos* (atração), ou seja, possuem uma "atração" para atuar no cérebro, modificando a maneira de sentir, de pensar e, muitas vezes, de agir. Estes medicamentos foram basicamente estudados numa faixa etária abaixo dos 65 anos, então, a prescrição para os idosos deve ter uma atenção redobrada (são mais sensíveis aos efeitos colaterais, possuem resposta mais lenta aos efeitos terapêuticos). Nos casos dos adolescentes, grande parte dos psicotrópicos devem ter a posologia dividida em mais de 1 tomada por dia devido ao metabolismo hepático aumentado neste grupo de indivíduos. A maioria dos psicotrópicos possuem uma dose máxima indicada pelo fabricante, porém, dependendo de pessoa para pessoa, esta dose pode ser mais ou menos tolerada, podendo realizar o aumento ou redução da dose off label, sempre realizando o seguimento e reavaliando o paciente. (Gusso, 2012)

### 4.1: Antidepressivos:

Os antidepressivos são responsáveis por aumentar uma ou mais monoaminas: Serotonina, Dopamina e/ou Norepinefrina. Sua classificação segue conforme a ação dessas

monoaminas. No geral, quase todos os antidepressivos acabam atuando em certo grau na disfunção sexual e geram um aumento de apetite por carboidratos "fome de doce". (Gusso, 2012)

Indicações:

- Transtornos de humor (depressão, TAB, distímia...)
- Transtornos de ansiedade
- TDAH
- Tabagismo
- Disforia perimenstrual
- Enurese noturna
- Insônia
- Ejaculação precoce
- Cefaleias crônicas
- Fibromialgia
- Dores crônicas ou neuropáticas

#### 4.1.1: ISRS

Primeira escolha devido à eficácia e poucos efeitos colaterais. Geralmente são usados em posologia matutina em dose única (com exceção da Paroxetina que gera sono e aumento de apetite). Citalopram e Escitalopram: são os melhores indicados para pacientes em uso de múltiplos medicamentos (menos interação medicamentosa). Fluoxetina: possui metabólito ativo (norfluoxetina) com meia-vida de 2 semanas, permitindo a retirada rápida, porém necessita cuidado para inserção de outros antidepressivos (inserir 5 semanas após a descontinuação da Fluoxetina). Pode aumentar os níveis de ADT. Fluvoxamina: maior eficácia em TOC e ansiedade social. (Gusso, 2012; Stahl, 2019)

#### 4.1.2: Tricíclicos (ADT)

Por serem mais antigos, são mais baratos e extremamente eficazes, porém possuem alguns pontos negativos: muitos efeitos colaterais (anticolinérgicos, anti-histamínico, bloqueador alfa 1-adrenérgico) levando a xerostomia, constipação, sedação, hipotensão, turvação visual, entre outros. Devido ao efeito de alargamento de QT, deve-se solicitar ECG para alguns pacientes quando indicado. (Gusso, 2012)

Nortriptilina é o metabólito ativo da Amitriptilina, frequentemente usada em idosos: a ação noradrenérgica torna o medicamento bom para associação com ISRS. Pode ser dosada no sangue para "janela terapêutica". No geral, os ADT são contraindicados em indivíduos com planos para suicídio devido a toxicidade e fatalidade quando usados em overdose. (Gusso, 2012; Stahl 2019)



#### 4.1.3: DUAIS (Noradrenérgica e Serotoninérgica)

O Duais têm como mecanismo a inibição da recaptação de serotonina e noradrenalina. **Bupropiona:** pode ser usado em monoterapia para tratamento de tabagismo e TDAH. Para depressão, é usado em associação com ISRS para melhora da apatia ou disfunção sexual. É contraindicada para transtornos psicóticos e epilépticos, pois possui via dopaminérgica aumentada e se associada ao álcool pode levar a morte súbita. É uma medicação que não possui tanto efeito cardiovascular nem laboratorial. **Duloxetina:** possui maior efeito serotoninérgico do que noradrenérgico. Eficácia em síndromes dolorosas. **Venlafaxina:** possui ação dual com dose > 75mg. Possui efeitos colaterais de retirada mesmo em desmame com doses baixas (recomendado usar apresentações de liberação prolongada). **Desvenlafaxina:** menos interação medicamentosa por ser um metabólito ativo comparado à Venlafaxina. (Gusso, 2012; Kaplan 2017)

#### 4.1.4: Atípicos

**Trazodona:** é antagonista de receptores 5HT<sub>2A</sub> e 5HT<sub>2C</sub> e ISRS. Agem de duas formas diferentes conforme a dose:

- Doses baixas (50 - 150mg): tratamento de insônia por agir como antagonista 5HT<sub>2A</sub>, anti-H<sub>1</sub> e anti-alfa<sub>1</sub>-adrenérgico
- Doses acima de 150mg: efeito antidepressivo por inibir a recaptação de serotonina (Gusso, 2012)

TABELA 21: PRINCIPAIS FÁRMACOS ANTIDEPRESSIVOS								
Medicamento	Janela terapêutica	Disponível no SUS	Sonolência	Disfunção Sexual	Ganho de peso	Insônia	Outros	Observações importantes
Fluoxetina	20 a 80 mg/dia	Sim	-	+++	-	++	Sudorese, hematomas, sangramento raro, convulsões raras, constipação, boca seca	Ação terapêutica em 2-4 semanas Não é necessário nenhum exame para indivíduos saudáveis Cápsula não pode ser repartida Pode ser retirada rapidamente, porém inserir outra medicação após 5 semanas.
Escitalopram	10 a 20 mg/dia	Não	-	+++	-	+	Aumento QT, náusea, redução apetite, constipação, boca seca, sudorese, hematomas e sangramento raro	Ação terapêutica em 2-4 semanas 10 mg equipara a 40mg de Citalopram com menos efeitos colaterais Não iniciar IMAO até 7 dias da suspensão do escitalopram Contraindicado o uso com Pimozida e IMAO Apresenta poucas interações medicamentosas
Sertralina	50 a 200 mg/dia	Não	-	+++	-	++	Aumento QT / Perda de peso / Sudorese, hematomas, sangramento raro, convulsões raras, constipação, boca seca	Ação terapêutica em 2-4 semanas Não é necessário nenhum exame para indivíduos saudáveis Quanto mais sintomas ansiosos e de agitação, mais baixa a dose inicial e subir lentamente Contraindicado o uso com IMAO, Pimozida, Dissulfiram e Tioridazina
Paroxetina	20 a 40 mg/dia	Não	+	++++	++	+	Hipotensão ortostática / Sudorese dose-dependente, hematomas, sangramento raro, convulsões raras, constipação, boca seca	Ação terapêutica em 2-4 semanas Não é necessário nenhum exame para indivíduos saudáveis Pode-se abaixar dose para 5-10mg até os efeitos colaterais passarem, depois aumentar novamente conforme tolerabilidade. Não iniciar IMAO até 7 dias da suspensão Contraindicado o uso com Pimozida, Tioridazina, IMAO e Tamoxifeno
Bupropiona	150 a 450 mg divididos em 2 a 3x/dia	Sim	-	-	-	++	Sudorese, hematomas, sangramento raro, convulsões raras, constipação, boca	Ação terapêutica em 2-4 semanas Avaliação de PA periódica durante tratamento Quanto mais sintomas ansiosos e de agitação, mais baixa a dose inicial e subir lentamente Contraindicado para história de convulsão, uso de IMAO, Tioridazina,

							seca, Sd. Stevens-Johnson	lesão TCE recente, tumor SNC e estiver abruptamente descontinuando álcool, sedativo ou anticonvulsivante
Mirtazapina	15 a 45 mg/dia	Não	++++	+	++++	-	Sudorese, tontura, sonhos anormais, confusão, sintomas gripais, hipotensão, convulsões raras, constipação, boca seca,	Ação terapêutica em 2-4 semanas Em doses baixas, são indicados para idosos Monitorar peso e IMC, solicitar exames para diabetes e dislipidemia. Evitar uso álcool Não iniciar IMAO até 7 dias da suspensão
Desvenlafaxina	50 a 200 mg/dia	Não	-	+	-	+	Náusea, vômito, constipação, redução apetite, sudorese, aumento da PA	Ação terapêutica em 2-4 semanas Sintomas vasomotores em mulheres em perimenopausa melhoram em 1 semana Não deve ser retirada abruptamente Aferir PA antes e durante o tratamento Não iniciar IMAO até 7 dias da suspensão Contraindicado em glaucoma de ângulo fechado não controlado e IMAO
Venlafaxina	75 a 375 mg/dia.	Não	-	+++	+	+	Aumento QT, perda de peso em curto prazo, cefaleia, náusea, diarreia, redução apetite, astenia, sudorese	Ação terapêutica em 2-4 semanas Iniciar com 37,5mg ou 25 a 50mg em 2-3 doses por 1 semana, não aumentar mais que 75mg a cada 4 dias Verificar PA antes e durante o tratamento Reduzir dose gradualmente 50% por 3 dias Contraindicado em pacientes com glaucoma de ângulo fechado não controlado e IMAO
Duloxetina	60 a 120 mg/dia	Não	-	+	+	+	Náusea, diarreia, redução apetite, boca seca, constipação, tontura, sudorese, aumento de PA, retenção urinária, convulsões raras	Ação terapêutica em 2-4 semanas Sintomas vasomotores em mulheres em perimenopausa melhoram em 1 semana Indicado para dores crônicas Verificar PA antes e durante o tratamento Contraindicado em pacientes com glaucoma de ângulo fechado não controlado, uso de álcool, IMAO e tioridazina
Trazodona	150 a 300 mg/dia	Não	++++	+	+	-	Aumento QT, Hipotensão ortostática, síncope, bradicardia sinusal ocasional a longo prazo, tontura, náusea, vômito,	Ação terapêutica em 2-4 semanas Não é necessário nenhum exame para indivíduos saudáveis Para insônia, pode ser usado por tempo indefinido, já que não há evidências de tolerância e dependência Normalmente utilizada em associação com outros psicotrópicos para potencialização do efeito Insônia: iniciar com 25 - 50mg ao dormir Monoterapia: pode iniciar com 150mg em dose dividida 2x e

							edema, visão turva, constipação, boca seca, tremor, incoordenação, fadiga	aumentar a cada 3-4 dias em 50mg Suspender reduzindo gradualmente Contraindicação: em uso de IMAO
Amitriptilina	50 a 150 mg/dia	Sim	++++	++++	++++	-	Aumento QT, hipotensão ortostática, boca seca, constipação, retenção urinária, transpiração, visão turva e tontura. Arritmia e convulsão em overdose (1g)	Ação terapêutica em 2-4 semanas Contraindicado para IAM recente (3-4 semanas), pensamentos de morte, uso de IMAO, pimizida, tioridazina, antiarrítmicos selecionados, moxifloxacino e esparfloxacina Realizar ECG para >50anos ou com história pessoal ou familiar de prolongamento de QT, arritmia cardíaca e IAM. Solicitar exames para dislipidemia e diabetes, monitorar peso e IMC antes e durante tratamento Iniciar com 25mg, aumentar 25mg a cada 3-7dias Reduzir gradualmente até suspensão (50% por 3 dias seguido por mais 50% por mais 3 dias) Acrescentar ou iniciar outros AD com cautela até 2 semanas após suspensão da nortriptilina
Nortriptilina	25 a 150 mg/dia	Não	++	-	++	-	Aumento QT, hipotensão ortostática, azia, boca seca, constipação, retenção urinária, transpiração, visão turva e tontura. Arritmia e convulsão em overdose	Ação terapêutica em 2-4 semanas Realizar ECG para >50anos ou com história pessoal ou familiar de prolongamento de QT, arritmia cardíaca e IAM. Solicitar exames para dislipidemia e diabetes, monitorar peso e IMC antes e durante tratamento Reduzir gradualmente até suspensão (50% por 3 dias seguido por mais 50% por mais 3 dias) Acrescentar ou iniciar outros AD com cautela até 2 semanas após suspensão da nortriptilina Contraindicado para IAM recente (3-4 semanas), pensamentos de morte, uso de IMAO, pimizida, tioridazina, antiarrítmicos selecionados, moxifloxacino e esparfloxacina
Imipramina	75 a 300 mg/dia	Não	+++	+	+++	-	Hipotensão, fotossensibilidade, pode agravar psicose em esquizofrenia, aumento QT, hipotensão ortostática, azia, boca seca, constipação, retenção urinária, sudorese,, visão turva e tontura. Arritmia e	Ação terapêutica em 2-4 semanas Realizar ECG para >50anos ou com história pessoal ou familiar de prolongamento de QT, arritmia cardíaca e IAM. Solicitar exames para dislipidemia e diabetes, monitorar peso e IMC antes e durante tratamento Inicia-se com 25mg aumentando 25mg a cada 2 dias Adolescentes: máximo 150mg/dia Acrescentar ou iniciar outros AD com cautela até 2 semanas após suspensão da imipramina Contraindicado para IAM recente (3-4 semanas), pensamentos de morte, uso de IMAO, pimizida, tioridazina, antiarrítmicos selecionados, moxifloxacino e esparfloxacina

							convulsão em overdose (1,2g)	
Clomipramina	75 a 250 mg/dia	Não	+++	+	+++	-	Hipotensão, fotossensibilidade, pode agravar psicose em esquizofrenia, aumento QT, hipotensão ortostática, azia, boca seca, constipação, retenção urinária, sudorese,, visão turva e tontura. Arritmia e convulsão em overdose (1g)	<p>Ação terapêutica em 2-4 semanas</p> <p>Realizar ECG para &gt;50anos ou com história pessoal ou familiar de prolongamento de QT, arritmia cardíaca e IAM. Solicitar exames para dislipidemia e diabetes, monitorar peso e IMC antes e durante tratamento</p> <p>Inicia-se com 25mg aumentando 25mg a cada 2 dias</p> <p>Crianças: 1mg/kg, iniciar com 10 ou 25mg aumentando 20% do peso a cada 4 dias</p> <p>Acrescentar ou iniciar outros AD com cautela até 2 semanas após suspensão da clomipramina</p> <p>Contraindicado para IAM recente (3-4 semanas), pensamentos de morte, uso de IMAO, pimizida, tioridazina, antiarrítmicos selecionados, moxifloxacino e esparfloxacina</p>

Fonte: adaptada de Gusso, 2012; Stahl, 2019; Cordioli, 2015

## 4.2: Estabilizadores de Humor:

### 4.2.1: Carbonato de Lítio

O carbonato de lítio foi o primeiro medicamento a ser descoberto desta classe. É eficaz para tratamento e prevenção de episódios de mania, podendo ser usado em todas as fases do TAB, porém seu mecanismo de ação não é compreendido em sua totalidade ainda. É eficaz também na potencialização de antidepressivos, tratamento de agressividade, reduz ocorrência de autoagressão e suicídio. Possui um tempo de ação de cerca de 1 a 3 semanas e deve ser realizada a dosagem de nível sérico, pois possui janela terapêutica estreita, gerando altas chances de intoxicação. Possui como alvo de litemia para manutenção de 0,6 a 1,2 mEq/L e tratamento agudo alvo de 1,0 a 1,5 mEq/L. (Gusso, 2012; Stahl, 2019)

Litemia deve ser dosada após 5 dias do uso da dose atual, repetida de 1-2 semanas até atingir alvo e após, repetir de 2-3 meses no primeiro semestre. Para monitoramento estável, pode repetir a dosagem a cada 6-12 meses. (Gusso, 2012; Stahl, 2019)

Além da litemia, deve-se avaliar função renal e tireoidiana sempre que houver mudança de dose. Os principais efeitos colaterais são diarreia, dispepsia, náuseas, vômitos, ganho de peso, acne, queda de cabelo, tremor fino, incoordenação motora e sedação (Gusso, 2012).

Sinais de intoxicação: sedação, fasciculações, tremor grosseiro, hiper-reflexia, ataxia, visão turva, convulsões e rigidez nuchal. Diuréticos aumentam a chance de intoxicação, pois reduzem excreção renal. Em caso de intoxicação, o tratamento é sempre em ambiente hospitalar com suporte, que consiste em hidratação, alcalinização da urina e diálise nos casos graves. (Gusso, 2012)

### 4.2.2: Ácido Valpróico:

Possui como mecanismo de ação a inibição de canais de Na, potencializando

ação gabaérgica. É indicado como estabilizador de humor, podendo tratar fases hipomaniacas e de manutenção do TAB, anticonvulsivante e tratamento de migrânea. Seus principais efeitos colaterais são: queda de cabelo, ganho de peso e sedação. Efeitos a longo prazo: aumento de enzimas hepáticas, pancreáticas, irregularidade menstrual e discrasia sanguínea. No caso de gestantes não é indicado o uso por estar associado a malformações (defeito tubo neural). (Gusso, 2012)

Antes de iniciar o tratamento com o Valproato, deve-se solicitar hemograma, testes de coagulação e função hepática, além de pesar e calcular IMC devido ao ganho de peso que esta medicação apresenta como efeito colateral. E durante o acompanhamento do paciente, é importante também a solicitação de glicemia e exames para dislipidemia. (Stahl, 2019)

#### 4.2.3: Carbamazepina:

Possui como mecanismo de ação a inibição de canais de Na, potencializando ação gabaérgica. Indicado para dor neuropática, hipomania e epilepsia. Possui como principais efeitos colaterais a sedação, náuseas e vômitos se iniciada rapidamente, hipoNa e intoxicação de medula óssea. Ela pode aumentar a degradação e reduzir o nível sérico de medicamentos com metabolismo hepático, reduzindo o nível sérico de anticoncepcionais orais e antibióticos. Sendo assim, antes de iniciar o tratamento, ideal solicitar hemograma, testes de função hepática, renal e tireoidiana, já durante o tratamento, ideal solicitar hemograma a cada 2-4 semanas por 2 meses, depois a cada 3-6 meses e testes de função hepática, renal e tireoidiana a cada 6-12 meses. Em gestantes: não indicado por estar associado a malformações (defeito tubo neural). (Gusso, 2012; Stahl, 2019)

#### 4.2.4: Oxcarbazepina:

Possui um mecanismo de ação semelhante ao da Carbamazepina, porém os efeitos colaterais são mais brandos. As doses da oxcarbazepina normalmente precisam ser  $\frac{1}{3}$  maiores do que as de carbamazepina para ter os mesmos resultados. É usado preferencialmente como antimaníaco. Seus principais efeitos colaterais são sedação, náuseas e vômitos, tontura e hipoNa, contudo considerar o monitoramento da natremia durante os primeiros 3 meses. Em gestantes: não indicado por estar associado a malformações (defeito tubo neural). (Gusso, 2012; Stahl, 2019; Cordioli, 2015)

#### 4.2.5: Lamotrigina:

É um bloqueador dos canais de Na sensíveis a voltagem. Indicado para fases depressivas do TAB. Possui como efeito colateral farmacodermias, principalmente a Síndrome Stevens-Johnson, tontura, sedação, náusea e vômitos. Não é necessário solicitação de exame antes do início do tratamento, porém, como a lamotrigina se liga a tecidos contendo melanina, pode ser necessária avaliação oftalmológica. O risco de farmacoderma pode ser reduzido com a inserção gradual e lenta, cerca de 25mg/semana. Valproato e anticoncepcionais orais aumentam o nível sérico da Lamotrigina aumentando risco de farmacoderma. (Gusso, 2012; Stahl, 2019)

#### 4.3: Antipsicóticos:

Possuem como mecanismo de ação o bloqueio de receptores dopaminérgicos tipo 2 (D2) em região mesolímbica, reduzindo sintomas positivos (delírios e alucinações). O bloqueio de receptores D2 em região nigroestriatal geram efeitos extrapiramidais (bradicinesia, marcha em bloco, tremores em repouso, roda denteada. A longo prazo: síndrome hiperkinética chamada discinesia tardia (movimentos involuntários faciais, língua, membros) (Gusso, 2012)

Indicações:

- Esquizofrenia e outras psicoses
- Agitação psicomotora
- Agressividade, hostilidade
- Alguns sintomas de demência
- Potencializa efeitos de antidepressivos e ansiolíticos
- Fase aguda e manutenção de TAB
- Impulsividade
- Abuso de fármacos
- Retardo mental
- Transtorno personalidade Borderline
- Autismo
- Transtorno de Conduta
- Síndrome de Gilles de La Tourette
- Transtornos mentais orgânicos (pós-AVC, pós-TCE, delirium)

Deve-se sempre introduzir em doses baixas, aumentar gradativamente, atentando-se aos efeitos colaterais e resposta clínica do paciente, aguardar de 2 a 6 semanas após a introdução ou ajuste da medicação. Se a resposta for adequada, manter a dose por 2 anos no mínimo. Para gestante, não é indicado no 1º trimestre, porém deve ser analisado os riscos e benefícios, além de discutir com Psiquiatra.



Medicamento antiparkinsoniano como o biperideno pode ser usado para tratar efeitos extrapiramidais (tremores, sialorreia, distonia, rigidez), porém não deve ser utilizado em casos de glaucoma de ângulo fechado, doença obstrutiva urinária e intestinal e miastenia grave. Acompanhar com exames para síndrome metabólica e hiperprolactinemia. A clozapina exige a realização de hemograma semanal durante as 18 primeiras semanas de tratamento, após, deve ser realizado hemograma mensal enquanto durar o uso do medicamento. (Gusso, 2012; Stahl, 2019)

TABELA 22: PRINCIPAIS ANTIPSICÓTICOS				
Medicamento	Dose	Tipo	Efeitos Colaterais	Observações
Clorpromazina	25 - 200mg 2x/dia	Típico	Ganho de peso, altamente sedativo, boca seca, acatisia, tontura, movimentos espasmódicos	-
Haloperidol	VO: 5 - 10mg IM: 12,5 - 100mg a cada 4 semanas	Típico	boca seca, acatisia, tontura, movimentos espasmódicos	Indicado para agitações graves
Risperidona	2 - 6mg à noite	Atípico	Sonolência, acatisia	Menos efeitos colaterais Alta potência
Olanzapina	2,5 - 20mg à noite	Atípico	Sonolência, ganho de peso	Menos efeitos colaterais Alta potência
Clozapina	50 - 300mg 2x/dia	Atípico	Leucopenia, ganho de peso, sonolência, sialorreia	Alta potência Iniciar com 50mg aumentar 50mg a cada 3 dias Utilizar com especialista Acompanhar com hemograma semanal até 18 semanas
Quetiapina	100 - 300mg/dia	Atípico	Altamente sedativo	Poucos efeitos colaterais
Aripiprazol	5 - 30mg/dia,.	Atípico	Tontura, náusea, acatisia, hipotensão ortostática, constipação, pouca sedação	Não relacionado a ganho ponderal

Fonte: Gusso, 2012; Stahl, 2019

#### 4.4: Benzodiazepínicos:

São úteis para sintomas de abstinência, depressão, manias e ansiedade, a serem usados a curto prazo, devido ao risco de dependência e prejuízos cognitivos (especialmente a memória), devendo ser retirados o mais rápido possível, assim que houver controle dos sintomas. Possui maior utilidade nos primeiros meses de tratamento, associado aos medicamentos de manutenção. Deve-se evitar o uso durante a gestação e a amamentação, pois pode ocorrer efeito sedativo no feto além de síndrome de abstinência fetal (principalmente no 3º trimestre). (Gusso, 2012)

#### 4.4.1: Clonazepam:

Clonazepam é de alta potência, possui uma meia-vida longa de 20 a 40 horas, podendo ser usado apenas à noite, em casos de agitação e insônia, apesar de ser o benzodiazepínico menos sedativo. Possui como principais efeitos colaterais a ataxia, sonolência, déficit de atenção, tontura e fala mal articulada. E é contraindicado em caso de miastenia gravis, doença de Alzheimer, hepatopatia grave, esclerose múltipla e glaucoma de ângulo fechado. A interrupção do medicamento, nunca deve ser abrupta para não levar à síndrome de retirada, sendo assim, o ideal é reduzir a dose gradualmente 0,25mg a cada 3 dias ou a cada semana a depender da tolerância de cada indivíduo. (Gusso, 2012; Cordioli, 2015; Stahl, 2019)

#### 4.4.2: Diazepam:

Assim como o clonazepam, o diazepam também é de alta potência, com uma meia-vida longa de 20 a 80 horas. Possui um efeito altamente sedativo, podendo levar à um comprometimento psicomotor, ataxia e déficit de atenção. Muito utilizado em síndrome de abstinência, ansiedade e crises de pânico. A suspensão também deve ser lenta e gradual em 2mg a cada 3 dias. Nos casos mais difíceis, considerar a retirada muito mais gradual depois que atingir 20 mg/dia, reduzindo 0,5 a 1mg por semana ou menos. É contraindicado o uso em casos de glaucoma de ângulo fechado, insuficiência respiratória, DPOC, miastenia gravis, hepatopatia e doença renal graves. (Gusso, 2012; Cordioli, 2015; Stahl, 2019)

#### 4.4.3: Lorazepam:

É um benzodiazepínico de baixa potência e meia-vida curta de 8 a 16 horas. Usado principalmente em sintomas de ansiedade, crises de pânico sob demanda com a dose inicial de 2 a 3 mg/dia em 2 a 3 doses e aumentando até no máximo 10mg. Pode levar a sintomas de rebote se usado em doses mais altas sob demanda. Ideal para hepatopatas devido à sua meia-vida curta, porém deve-se considerar o acompanhamento com enzimas e função hepática. É contraindicado se glaucoma de ângulo fechado, apneia do sono, doença de Alzheimer, esclerose múltipla, miastenia gravis, insuficiência respiratória e insuficiência renal. (Gusso, 2012; Cordioli, 2015; Stahl, 2019)

#### 4.4.4: Alprazolam:

O alprazolam é um benzodiazepínico de meia-vida intermediária de 6 a 20 horas, sendo usado sob demanda. É menos sedativo que os demais assim como Clonazepam, mantendo sua eficácia ansiolítica. A retirada deve ser gradativa a fim de não causar delirium, convulsões ou síndrome de abstinência, retirar 0,5mg a cada 3 dias e quando atingir 3mg/dia, reduzir 0,25mg por semana ou menos. É

contraindicado nos casos de glaucoma de ângulo fechado e estar em uso de antifúngicos azóis. Os antifúngicos azóis (Cetoconazol e itraconazol), antibióticos macrolídeos e inibidores da protease podem aumentar o nível plasmático do alprazolam. A carbamazepina (indutora de CYP450 3A) pode reduzir o nível plasmático do alprazolam. (Gusso, 2012; Cordioli, 2015).

Ansiedade:

- Alprazolam IR: pode ser iniciado com 0,75 a 1,5 mg/dia dividido em 3 doses e aumentar 0,5 mg a cada 3-4 dias até a dose máxima 4-6 mg (Cordioli, 2015)

Pânico:

- Alprazolam IR: pode ser iniciado com 1,5 mg/dia dividido em 3 doses, aumentando 1mg a cada 3-4 dias até dose máxima de 4mg ou até 10mg nos casos mais difíceis.
- Alprazolam XR: pode ser iniciado com 0,5 a 1mg/dia 1x/dia pela manhã, aumentando 1mg/dia a cada 3-4 dias até dos máxima de 10mg/dia (Stahl, 2019)

## 4.5: Outros Psicotrópicos:

### 4.5.1: Metilfenidato:

O metilfenidato é um psicoestimulante responsável pelo aumento da ação noradrenérgica e dopaminérgica, usado principalmente no tratamento de TDAH. Possui um início rápido de ação, podendo ingerir 30 mins antes das atividades e ser interrompido fim de semana e férias (quando não estiver realizando as atividades). Pode piorar sintomas ansiosos e de mania, além de reduzir metabolismo de antidepressivos, anticonvulsivantes e anticoagulantes cumarínicos. Tomar com alimentos pode retardar o pico em 2-3 horas. Deve-se acompanhar o paciente com monitoramento cardiovascular. É contraindicado em pacientes com ansiedade ou agitação acentuada, tiques motores ou síndrome de Tourette, em uso de IMAO, glaucoma e cardiopatias estruturais.(Gusso, 2012; Stahl, 2019)

### 4.5.2: Prometazina:

A prometazina é um anti-histamínico bloqueador de receptores H1, usado via oral para indução de sono e intramuscular para agitação juntamente com um antipsicótico de alta potência. O efeito sedativo inicia-se com cerca de 20 minutos com pico em 1 hora, durando por cerca de 4 a 6 horas. Possui como principais efeitos a sonolência, boca seca, dor epigástrica, retenção urinária, visão turva e

tontura. (Gusso, 2012; Cordioli, 2015)

#### 4.5.3: Zolpidem:

Zolpidem é um hipnótico não benzodiazepínico de meia-vida curta de 2-3 horas, utilizado para indução do sono. Início de ação ocorre em 15 minutos. Seu mecanismo de ação é ligar-se aos receptores GABA aumentando suas funções inibitórias. Possui como efeitos colaterais a amnésia anterógrada, tolerância, tontura e abstinência (menos que o benzodiazepínicos). Pode-se iniciar com 5 mg na hora de dormir por 7 a 10 dias. Se tomado junto com alimentos, pode retardar sua ação. Possui risco para dependência se tomado por tempo prolongado. Se tomado por várias semanas, deve-se retirar gradualmente para não causar síndrome de abstinência. (Gusso, 2012; Stahl, 2019)

## 5. Tratamento não farmacológico / Intervenções psicossociais na APS

### 5.1: Ação terapêutica do vínculo:

O próprio vínculo construído com o paciente já possui capacidade terapêutica, sendo uma das principais intervenções para início de qualquer seguimento e acompanhamento de pacientes. Possui alguns passos: (Duncan, 2013)

- Acolhimento: estabelecer vínculo
- Escuta: desabafo, reflexão do sofrimento e causas
- Suporte: apoio, reforçar segurança, empoderamento
- Esclarecimento: desfazer quaisquer tipo de fantasias e fornecer informação

### 5.2: Terapia interpessoal:

Possui como fundamento a compreensão do sofrimento emocional, a partir do indivíduo (cuja composição é a união de temperamento + personalidade + apego + biologia/genética). Seu principal objetivo é a redução dos sintomas psíquicos que interferem na socialização, identificando as possíveis causas como luto, disputas interpessoais, transição de papéis e sensibilidade interpessoal/ déficit interpessoal. Assim, pode-se seguir com as seguintes fases: (Duncan, 2013)

- **Inicial:** levanta-se a história do sofrimento, incluindo um inventário interpessoal, buscando maior clareza dos problemas associados. Determina-se o foco da intervenção
- **Intermediária:** concentrar-se na área interpessoal com a finalidade de melhorar o funcionamento que desencadeia ou mantém o sofrimento
- **Final:** término da intervenção, levantar progressos e mudanças. Consolidação de ganhos. Discutir estratégias e cuidados de prevenção

### 5.3: Terapia de reatribuição:

A terapia de reatribuição é indicada principalmente para abordagem de sintomas físicos sem explicação médica, pois ajuda o paciente a relacionar suas queixas somáticas com o seu sofrimento psíquico, cujos passos serão especificados a seguir: (Duncan, 2013)

- **Sentindo-se compreendido:** construir uma história de apresentação da queixa a partir do cotidiano ou exemplos específicos. Investigar antecedentes psicossociais e pistas dos problemas emocionais.

- **Ampliando a agenda:** dar feedback dos resultados dos exames e investigações. Em seguida, iniciar a recodificação das queixas, resumindo sintomas e investigando a possibilidade de relação com eventos psicossociais
- **Fazendo o vínculo e construindo modelo explicativo** que faça sentido para ambos. Alguns padrões culturais ou frases que podem justificar ou auxiliar durante a consulta: estresse desencadeiam sintomas autonômicos; estado emocional reduz limiar da dor; tensões musculares causam dor física; "estado nervoso" se acompanha de queixas físicas.
- **Negociando o tratamento:** construir projeto terapêutico

#### 5.4: Terapia de solução de problemas:

A terapia de solução de problemas (TSP) pode ser realizada de forma individual ou em grupo e possui como principais objetivos: ajudar o paciente a identificar problemas ou conflitos como causa do sofrimento, aumentar sensação de controle com as circunstâncias negativas, ensinar a reconhecer os recursos que possui para resolver suas dificuldades e ensinar um método para apoio na resolução de problemas futuros. É indicado para transtornos psiquiátricos leves a moderados associados a perda real ou temida (financeira, propriedade, status, relacionamentos...), adoecimento físico, dificuldades nas relações conjugais, familiares ou interpessoais, problemas de trabalho ou estudo e adaptação às situações de doença mental ou psicológica. Assim como as terapias anteriores, possui algumas etapas a serem seguidas: (Duncan, 2013)

- **Identificar necessidade e aplicabilidade:** dx, sintomas, existência de problemas reais, recursos e disponibilidade
- **Explicar tratamento:** compromisso, contrato, situações que o angustiam
- **Listar e eleger problemas:** paciente falar livremente, agrupar problemas em categorias
- **Pensar em metas alcançáveis:** paciente considera possibilidades e profissional deve mostrar a realidade das metas
- **Gerar soluções:** quantidade, variedade, adiamento do juízo e dos extremos
- **Eleger uma solução:** prós e contras de cada solução listada (grau de resolução do conflito, satisfação geral e custo/benefício)
- **Colocar solução em prática**
- **Avaliar e repetir o ciclo:** avaliar o progresso, reflexões, dificuldades...

#### 5.5: Terapia focada em solução:

A terapia focada em solução (TFS) possui bases similares à TSP, também pode ser realizada individualmente ou em grupo e propõe técnicas específicas de intervenção que, embora semelhantes à TSP, enriquecem o repertório de

alternativas a serem utilizadas na abordagem dos problemas e sofrimento. Funciona de uma forma que estimule o paciente a imaginar como seria a vida sem os problemas queixados e como o paciente agiria, estimulando o mesmo a adotar os comportamentos imaginados. Durante a consulta é necessário apontar e analisar momentos da vida do paciente em que soluções foram encontradas para seus problemas, avaliar e reforçar pequenos ganhos por meio de escala de melhora (0 a 10) que destaquem os avanços obtidos. (Duncan, 2013)

## 5.6: Intervenções coletivas:

As intervenções coletivas são importantes para auxiliar no tratamento de pessoas com sofrimento psíquico as quais podem se beneficiar da socialização. São grupos sem tema definido, que não necessitam necessariamente de um profissional terapeuta qualificado para acompanhamento. Geram empoderamento, autonomia, participação, redução de demanda por consultas individuais, socialização, integração e aumento de rede de apoio. As indicações são: (Duncan, 2013; Gusso, 2012)

- Pessoa que irá se adaptar bem ao problema (não indicar pessoa apenas por estar disponível)
- Pesar motivação e potencialidades do grupo, uma vez que se a própria pessoa ou o grupo não estiverem motivados a participar, a terapia não irá auxiliar em nada.
- Baixa autoestima
- Humor deprimido
- Problemas de relacionamento
- Inibição em ambientes sociais
- Medo de assertividade e da agressão incontrolada
- Fobia social leve a moderada
- Não toleram intimidade a dois (aqueles que se sentem desconfortáveis estando em consulta sozinho com um profissional)
- Reações contratransferenciais prejudiciais na relação individual

Assim como existem as indicações, existem aqueles que não são qualificados para participarem de intervenções coletivas, sendo considerados como critérios de exclusão: (Duncan, 2013; Gusso, 2012)

- Alto potencial paranoide
- Hipomaníacos ou monopolizadores
- Transtornos de conduta acentuados
- Deficiências mentais ou estado de desagregação mental
- Pessoas com dificuldades de pensamento abstrato
- Doenças graves

- Situações que impliquem algum grau de risco de violência aos componentes e/ou coordenadores

Alguns exemplos de intervenções coletivas: grupo de mulheres, grupo de terceira idade e grupo de exercícios físicos, onde podem auxiliar reduzindo estresse, estimular a socialização, redução da solidão e melhorando autoestima.

## 5.7: Terapia Comunitária:

A terapia comunitária, ao contrário das intervenções coletivas, necessita da presença de um ou mais terapeutas comunitários com formação, podendo ser qualquer profissional da saúde, líder comunitário ou pessoa capacitada, além de possuir tema definido. Ela possui dinâmica interna de cada indivíduo, para que possam descobrir seus valores, potencialidades e autonomia, reforça autoestima, valoriza o papel da família e da rede de relações, identifica e valoriza diferentes práticas culturais, complementando-as, além de reforçar sentimento de união. Cada grupo deve ter 3 a 15 pessoas no máximo para que haja interação entre todos, ocorrer com frequência de 1 a 3 vezes na semana e ter de 60, 90 ou 120mins de duração. Além disso, para a formação de uma terapia comunitária são necessários: (Duncan, 2013; Gusso, 2012)

- Acolhimento dinâmico e regras da terapia comunitária
- Escolha do tema
- Contextualização do tema escolhido
- Problemática do tema pelo grupo
- Rituais de agregação e conotação positiva



## DISCUSSÃO

A Política Nacional de Atenção Básica e a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada no ano de 1978, em Alma Ata, legitimaram a Atenção Básica como porta aberta preferencial do SUS aos pacientes (RODRIGUES et al., 2014). A mesma deve ser a base de toda a Rede de Atenção à Saúde, sendo descentralizada, resolutiva, identificando os casos com necessidade de encaminhamento, abrangendo a promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral, necessitando de criação de vínculo para um seguimento longitudinal. Os problemas de saúde mental não são distintos da saúde em geral e estarão sempre presentes nas queixas relatadas dos pacientes (BRASIL, 2013).

Por haver um aumento de prevalência/cronicidade e incidência dos problemas em SM, estudar, saber abordar e manejar com qualidade tais problemas é essencial para a Atenção Básica e deve ser feita por qualquer profissional da saúde (DUNCAN, B. B. et al., 2013.)

A política de saúde mental atual teve início na década de 80 derivada de uma mobilização tanto de usuários, profissionais da saúde e familiares (BRASIL, 2013) a fim de alterar a realidade da saúde mental de uma época composta por manicômios, os quais possuíam uma imagem de "isolamento" de pessoas com transtornos mentais ao invés de fornecer um acolhimento e tratamento mais humanizado. Sendo assim, esse processo de mudança se expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto que hoje é conhecido como Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2013)

Muitas dificuldades e limitações ainda existem no âmbito da saúde mental na Atenção Básica, às vezes por insegurança por parte dos próprios profissionais de saúde em atender tais pacientes, o fluxo acaba-se por sobrecarregar o setor secundário e terciário da saúde com a prática de encaminhamentos para serviços de saúde mental especializados, tornando-se uma conduta tomada com frequência por alguns profissionais da APS. Sendo assim, é de extrema importância saber manejar para uma boa resolubilidade e tratamento integrativo.

## CONCLUSÕES

O presente trabalho apresenta diversas tabelas e fluxogramas aos quais auxiliam e exercem como um "guia rápido" para a identificação dos transtornos mais prevalentes e o melhor tratamento para cada paciente.

Por possuir eixo na Atenção Primária, grande parte das intervenções necessitam de tecnologia leve para sua efetuação, concretizando assim diretrizes tanto da Atenção Primária quanto do Sistema Único de Saúde. Estas são capazes de exercer mudanças na rede de cuidados conduzindo o acolhimento, vínculo, responsabilização e visão integral do sujeito como subsídio para uma assistência de qualidade.

Devido ao aumento da incidência de casos de saúde mental, este estudo veio com o intuito de auxiliar, facilitar e agilizar na identificação e manejo destes casos na atenção primária à saúde de maneira prática e objetiva. Espera-se que o resultado sirva de apoio para não somente os residentes de Medicina de Família como todos os profissionais de saúde nas unidades de atenção primária de Campo Grande no que tange o cuidado integral da saúde mental.

## REFERÊNCIAS

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M. I. & GIUGLIANI, E.R.J. Medicina Ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária. 4ªed 2013. Artes Médicas, Porto Alegre.

GUSSO, Gustavo D. F., LOPES, Jose M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2012, 2222p.

Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 173 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 34). Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)>.

SANTA CATARINA. RAPS. Transtorno de ansiedade generalizada: protocolo clínico. Santa Catarina, 2015. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9217-ansiedade-generalizada/file>>

TELESSAÚDERS-UFRGS. Teleconduta: Ansiedade. Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017. Disponível em: <[https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas\\_Ansiedade\\_20170331.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_Ansiedade_20170331.pdf)>

Secretaria Municipal de Saúde - Florianópolis. **Protocolo de Atenção em Saúde Mental**. Município de Florianópolis. / Secretaria Municipal de Saúde. Tubarão : Ed. Copiart, 2010. Disponível em: <[http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05\\_08\\_2011\\_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf](http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.41.44.1bf62fa463bec5495279a63c16ed417f.pdf)>

TELESSAÚDERS-UFRGS. Telecondutas: Depressão. Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2017. Disponível em: <[https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas\\_Depressao\\_20170428.pdf](https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_Depressao_20170428.pdf)>

SANTOS, Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(8):1533-1543, ago, 2013

**DALGALARRONDO P.** Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2ª edição **2008**.

CORDIOLI, Aristides Volpato; CORREIA FILHO, Alceu Gomes . **Psicofármacos: consulta rápida. Porto Alegre: Artmed, 2015**.

Kapczinski, F; Frey, B. N; Zannatto, V. Fisiopatologia do transtorno afetivo bipolar: o que mudou nos últimos 10 anos? Rev Bras Psiquiatr 2004;26(Supl III):17-21. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/Z4SjY9BvfRv4K6jnrn4Y9gr/abstract/?lang=pt#>

Méndez, E.B. (1999). Uma versão brasileira do AUDIT- Alcohol Use Disorders Identification Test. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. Disponível no link <http://www.epidemioufpel.org.br/uploads/teses/Brod%20Mendez%201999%20Dissert.pdf>

**KAPLAN, HI. & SADOCK, B.** Compêndio de **Psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

Bosaipo, N. B; Borges, V. F; Juruena, M. F. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. Medicina (Ribeirão Preto, Online.) 2017;50(Supl.1),jan-fev.:72-84. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127541>

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria no 315, de 30 de março de 2016. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Transtorno Afetivo Bipolar do tipo I, Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0315\\_30\\_03\\_2016.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt0315_30_03_2016.html)

MARCON, Gabrielli Teresa Gadens; SARDAGNA, Helena Venites; SCHUSSLER, Dolores. O questionário SNAP-IV como auxiliar psicopedagógico no diagnóstico PRELIMINAR do Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). **Constr. psicopedag.**, São Paulo , v. 24, n. 25, p. 99-118, 2016 . Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-69542016000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542016000100008&lng=pt&nrm=iso).

TELESSAÚDERS-UFRGS. Como iniciar o tratamento farmacológico para Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na Atenção Primária à Saúde? Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2019. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/tdah/>

Desidério, Rosimeire C. S. e Miyazaki, Maria Cristina de O. S. Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade (TDAH): orientações para a família. *Psicologia Escolar e Educacional* [online]. 2007, v. 11, n. 1 [Acessado 27 Junho 2022] , pp. 165-176. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-85572007000100018>>. Epub 04 Nov 2010. ISSN 2175-3539. <https://doi.org/10.1590/S1413-85572007000100018>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Linha de cuidado para a atenção às pessoas com transtornos do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada e Temática. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoas\\_transtorno.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf)>

STAHL, Stephen M. Fundamentos de Psicofarmacologia de Stahl: Guia de prescrição - 6. ed.- Porto Alegre: Artmed, 2019

RODRIGUES, L.B.B; SILVA, P.C.S; PERUHYPE, R.C. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. v.19, n.2, p.343-352, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>.