



Manual da Rede de Atenção Psicossocial



SMSA
Secretaria Municipal
da Saúde



Boa Vista

Compromisso com você.
Todos os dias.





Manual da **Rede de Atenção Psicossocial**

SMSA
Secretaria Municipal
da Saúde





BOA VISTA 2022

Arthur Henrique Machado Brandão

Prefeito do Município de Boa Vista

Cássio Murilo Gomes

Vice-Prefeito do Município de Boa Vista

Regiane Batista Matos

Secretária Municipal de Saúde

Alan Freitas da Rocha

Superintendente da Atenção Especializada

Rayssa Leite Dutra Triani

Superintendente da Atenção Básica

Elaboração e Organização

Eldon Mendes de Souza

Elizabeth Josefina Guadarismo Salás

Emilly Feitosa Oliveira

Fabiana Mendonça da Silva Santos

Laniê Fontes Sousa

Maria Vauliam Ferreira de Brito

Revisão Técnica

Sandra Lúcia Correia Lima Fortes

Wilson da Silva Lessa Junior

Kassia Medeiros

Catarina Magalhães Dahl

Fabiana Mendonça da Silva Santos





Elaboração e Organização

Eldon Mendes de Souza: **Biólogo, Psicólogo, Especialista em Educação Ambiental e dependência química, mestre em ciências da religião.**

Dra. Elizabeth Josefina Guarismo Salás: **Médica de Família e Comunidade, Psicóloga, Terapeuta Holística.**

Enmily Feitosa Oliveira: **Enfermeira da Estratégia da Saúde da Família e Comunidade da UBS Olenka.**

Fabiana Mendonça da Silva Santos: **Psicóloga, Cirurgiã Dentista, Pedagoga, Licenciatura Plena em Matemática, Terapeuta Naturopata, Pós-graduada em Recursos Humanos e Gestão de Pessoas, Pós-graduada em História Brasileira e Africana, Psicóloga Clínica.**

Laniê Fontes Sousa: **Psicóloga Clínica e atual diretora do Centro de Atenção Psicossocial Dona Antônia de Matos - CAPS II**

Dra. Maria Vauliam Ferreira de Brito: **Médica especialista em Medicina da Família e Comunidade, curso de Saúde Mental na atenção primária de saúde, facilitadora da OPAS do manual MI-mhGAP. Articuladora do grupo de trabalho da RAPS, coordenadora de Saúde Mental do município de Boa Vista, coordenadora da Central de Acolhimento Psicológico Emergencial da Covid, terapeuta holística e incentivadora das PICS (Práticas Integrativas Complementares do SUS).**

Revisão Técnica

Catarina Magalhães Dahl: **Consultora Nacional de Saúde Mental, Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde.**

Sandra Lúcia Correia Lima Fortes: **Psiquiatra, professora associada de Saúde Mental e Psicologia FCM/UERJ, coordenadora interdisciplinar de pesquisa em atenção primária, colaboradora em Saúde Mental da OPAS.**

Wilson da Silva Lessa Junior: **Graduado pela UFMS (Universidade Federal do Mato Grosso do Sul), residência médica em Psiquiatria pela Santa Casa de Misericórdia de Campo Grande-MS, especialista em Psiquiatria Geral e Forense pela ABP/AMB, professor do curso de Medicina da UFPB.**

Kassia Medeiros: **Psiquiatra do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS III.**

Fabiana Mendonça da Silva Santos: **Psicóloga, Cirurgiã-Dentista, Pedagoga, Licenciatura Plena em Matemática, Terapeuta Naturopata, Pós-graduada em Recursos Humanos e Gestão de Pessoas, Pós-graduada em História Brasileira e Africana, Psicóloga Clínica.**

Colaboradores

Ildasia Nunes Ferreira: **Administradora.**

Fernando Pena Miguel Martinez: **Psicólogo, Médicos Sem Fronteiras.**

Isabela Ramos Silva: **Psicóloga, Médicos Sem Fronteiras.**

Caobe Lucas Rodrigues de Sousa: **Psicólogo, Médicos Sem Fronteiras.**



SUMÁRIO

10

Introdução

11

Situação Epidemiológica

12

A rede de atenção à saúde

14

Nível de atenção: Primária

16

Nível de atenção: Secundária

21

Diretrizes clínicas para Atenção em Saúde Mental na atenção primária à saúde

22

Comunicação



23	Promoção, prevenção e tratamento
24	Ferramentas de prevenção do adoecimento
28	Saúde Mental em contextos de migração
30	Atenção às populações indígenas
32	Atenção às pessoas LGBTI+
36	Transtornos Mentais Comuns
60	Transtornos Mentais Severos e Persistentes
69	Transtornos associados ao uso de álcool e outras drogas
75	Alterações na Saúde Mental que se manifestam na infância e/ou adolescência
82	Tratamento farmacológico e tratamento não farmacológico
114	Referências bibliográficas



LISTA DE SIGLAS

µg/mL – Microgramas por mililitro

ABA – Análise do Comportamento Aplicada

AD – Antidepressivos

APS – Atenção Primária à Saúde

ATC – Antidepressivo Tricíclico

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CID – Classificação Internacional de Doenças

CPK – Creatinofosfoquinase

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CSA – Comunicação Suplementar e Alternativa

DEL – Distúrbios Específicos de Linguagem

DPP – Depressão Pós-parto

ECG – Eletrocardiograma

EEG – Eletroencefalograma

ESF – Estratégia/Equipe Saúde da Família

FSH – Hormônio Folículo Estimulante

GABA – Ácido Gama Aminobutírico

HCTP – Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HP – Hospital Psiquiátrico

IM – Intramuscular

IMC – Índice de Massa Corporal





ISRS – Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina
LCR – Líquido Cefalorraquidiano
LH – Hormônio Luteinizante
LSD – Dietilamida do Ácido Lisérgico
mEq/L – Miliequivalentes por Litro
MG – Miligrama
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não Governamental
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PEP – Profilaxia Pós-Exposição ao HIV
PICS – Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS
PSE – Programa Saúde na Escola
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
SAA – Síndrome de Abstinência ao Álcool
SNC – Sistema Nervoso Central
SRT – Serviço Residencial Terapêutico
SUS – Sistema Único de Saúde
TC – Tomografia Computadorizada
TDHA – Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade
TEA – Transtorno do Espectro do Autismo
TEACCH – Tratamento e Educação para Crianças com Transtorno do Espectro do Autismo
TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático
TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo
TSS – Transtornos de Sintomas Somáticos
TSS – Transtornos de Sintomas Somáticos
UA – Unidade de Acolhimento
VCM – Volume Corpuscular Médio
VO – Via Oral





Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS) contém uma gama de programas prioritários com o objetivo de promover acesso à atenção integral em diversas áreas da saúde, dentre os quais destacamos a importância da visibilidade à Saúde Mental.

A APS tem importante papel na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por ser a principal porta de entrada, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede de atenção à saúde. Entre os seus desafios atuais, destacam-se aqueles relativos ao acesso e acolhimento, à efetividade e resolutividade das suas práticas, ao recrutamento, provimento e fixação de profissionais, à capacidade de gestão/coordenação do cuidado e, de modo mais amplo, às suas bases de sustentação e legitimidade social (Ministério da Saúde, 2012-Cadernos da Atenção Básica, n.º 28, v. II).

As pessoas que apresentam sinais/sintomas de adoecimento mental, decorrentes ou não do uso de substâncias psicoativas, desde alterações leves até as mais graves, devem ter o seu cuidado na APS da mesma forma como as que sofrem das demais condições de saúde.

O estigma e o próprio prejuízo decorrente do adoecimento mental podem afetar negativamente a capacidade de cuidado geral da saúde do indivíduo, devendo a APS transpor tais desafios para ofertar assistência integral ao indivíduo, seus familiares e a sociedade. Destacamos ainda a importância de fornecer subsídios para a identificação precoce do adoecimento com a finalidade de instituir o tratamento oportuno, evitando o agravamento e a recorrência.

O objetivo deste manual é fornecer elementos para que a APS possa realizar ações em Saúde Mental à população boa-vistense sob sua responsabilidade, visando promoção em saúde, prevenção de agravos e acompanhamento/tratamento em Saúde Mental.





Situação Epidemiológica

Hiany et al (2018) afirma que, no Brasil, 3% da população sofre com transtornos mentais graves e persistentes e 6% tem transtorno psiquiátrico grave provocado por uso de álcool ou de outras drogas. Esses transtornos correspondem a 12% das doenças no mundo e a 1% da mortalidade e causam um considerável impacto em termos de morbidade, prejuízos na funcionalidade e diminuição da qualidade de vida de seus portadores, pois aproximadamente 90% dos problemas de Saúde Mental apresentam manifestações de depressão, ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade, disfunção de memória e de concentração. No entanto, cerca de 40% dos países ainda não apresentam políticas em Saúde Mental que sejam eficientes e 30% não têm programas voltados para essa situação.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), os transtornos mentais identificam-se como doenças com manifestações psicológicas, associadas ao comprometimento funcional devido a perturbações biológicas, sociais, psicológicas, genéticas, físicas ou químicas. Que podem ocasionar modificações no modo de pensar ou até mesmo no humor, provocando alterações no desempenho global do indivíduo, isto é, no âmbito pessoal, social, ocupacional ou familiar (OMS, 2008).

No entanto, toda essa problemática evidenciada nos faz refletir e de certa forma buscar meios organizacionais e fluxo para uma melhoria dos serviços. Foi pensando nessa perspectiva que a gestão municipal, através do seu corpo técnico, prontificou-se em organizar e, de forma inicial, estabelecer importantes parcerias com entes e instituições proporcionando momentos de troca de saberes com objetivo de fortalecer a atenção à saúde no território.



A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

A partir da Lei n.º 10.216 de 06 de abril de 2001, que garante a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, os hospitais psiquiátricos foram substituídos por Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) regulamentados pela Portaria n.º 336 de 19 de fevereiro de 2002.

A Rede de Atenção Psicossocial, instituída pela Portaria n.º 3088/2011, é um dos grandes avanços da política de Saúde Mental no Brasil na atualidade ao apontar a necessidade de estruturação, expansão e articulação de uma rede de serviços de atenção aos sujeitos acometidos com transtornos psíquicos e/ou usuários de substâncias psicoativas, diversificando os componentes de cuidado e assistência no âmbito do território, promovendo a vida comunitária e a autonomia desses sujeitos, conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Por mais que a política de Saúde Mental tenha diretrizes estabelecidas nacionalmente, ela não se desenvolve de forma homogênea em todos os estados e municípios do país. As variáveis históricas, sociais, políticas e culturais repercutem de forma direta no processo de implantação, organização e execução da política de Saúde Mental que, por conseguinte, influencia o formato da rede de atenção psicossocial, o que faz com que a mesma assuma contornos particulares em cada região. Por isso, destaca-se a importância de se compreender acerca do desenvolvimento da política de Saúde Mental e da implementação da RAPS nos seus diferentes cenários.

Após a capacitação realizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) no terceiro quadrimestre de 2019 e no decorrer de 2020, com a participação de diversos pontos de atenção da RAPS, foi possível perceber a importância do matriciamento para a consolidação do trabalho em rede no território. Diante desse novo olhar, iniciou-se o matriciamento (compartilhamento de cuidado e troca de saber profissional) junto às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

O matriciamento se faz importante por gerar maior resolutividade das demandas de Saúde Mental na Atenção Primária, minimizando as referências para a Atenção Especializada. Trata-se de um dispositivo articulador que busca promover a integralidade da atenção através da comunicação compartilhada de saberes e práticas, o que permite maior alcance das pessoas em sofrimento mental por transtorno ou em decorrência do uso de álcool e outras drogas.





NÍVEL DE ATENÇÃO: PRIMÁRIA

PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
Equipe Saúde da Família - ESF	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Acolhimento; ✓ Estratificação de risco; ✓ Ordenamento do Cuidado; ✓ Articulação da Rede Intra e Intersetorial; ✓ Cadastramento; ✓ Vínculo; ✓ Responsabilidade pelos usuários do seu território; ✓ Garantia do cuidado e da resolubilidade da atenção para usuário de baixo e médio risco; ✓ Busca ativa; ✓ Atenção domiciliar; ✓ Estímulo ao autocuidado; ✓ Compartilhamento com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do cuidado ao usuário de alto risco; ✓ Educação em saúde; ✓ Atividades coletivas (grupos terapêuticos). 	Território de Abrangência
Academia da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Práticas corporais / atividades físicas; ✓ Práticas artísticas; ✓ Promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar; ✓ Planejamento das ações em conjunto com a equipe da APS. 	Território de Abrangência



PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
NASF/Equipe matricial	<ul style="list-style-type: none">✓ Matriciamento;✓ Atendimento multiprofissional;✓ Compartilhamento do cuidado ao usuário de médio risco;✓ Compartilhamento do cuidado ao usuário de alto risco – para municípios onde não há CAPS;✓ Educação permanente da APS.	Território de Abrangência
CRAS	<ul style="list-style-type: none">✓ Identificação de fatores de risco e de proteção;✓ Encaminhamentos;✓ Promoção de Saúde Mental e prevenção de agravos;✓ Reinserção social;✓ Viabilização do acesso às condições de cidadania;✓ Atenção às famílias;	Território de Abrangência
Escolas	<ul style="list-style-type: none">✓ Prevenção de agravos e promoção de Saúde Mental;✓ Identificação de fatores de risco e de proteção;✓ Encaminhamentos;✓ Inclusão;✓ Orientação familiar;✓ Programa Saúde na Escola (PSE).	Território de Abrangência
Associações, ONGs, Centro de Convivência de Igrejas e Similares.	<ul style="list-style-type: none">✓ Acolhimento e Socialização;✓ Reinserção social;✓ Promoção de saúde;	Comunidade



NÍVEL DE ATENÇÃO: SECUNDÁRIA

PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
CAPS	<ul style="list-style-type: none">✓ Acolhimento;✓ Reabilitação psicossocial (reinserção social, assembleias, oficinas, atenção aos familiares, projeto de geração de renda, atividades em grupo ou coletivas etc.);✓ Projeto Terapêutico Singular;✓ Matriciamento;✓ Compartilhamento com a APS do cuidado ao usuário de alto risco;✓ Atenção às situações de crise;✓ Hospitalidade noturna (CAPS III e AD III);✓ Atendimento multiprofissional;✓ Articulação de redes intra e intersetoriais;✓ Redução de danos;✓ Acompanhamento de SRT – Serviço Residencial Terapêutico (caso tenha SRT vinculado);✓ Definição de acolhimento na UA e no Serviço de Atenção em Regime Residencial (caso tenha esses serviços vinculados).	Território de Abrangência



CREAS	<ul style="list-style-type: none">✓ Ofertar e referenciar serviços especializados de caráter continuado para famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por ameaça e/ou violação de direitos.	Território de Abrangência
Unidade de Acolhimento ou Serviço de Atenção em Regime Residencial*	<ul style="list-style-type: none">✓ Acolhimento definido pelo CAPS;✓ Acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório;✓ Moradia transitória com saída programada;✓ Vinculação ao CAPS;✓ Projeto Terapêutico Singular em conjunto com o CAPS;✓ Atenção aos familiares;✓ Articulação com a Rede Intersetorial visando à reinserção social, familiar e laboral.	Território de Abrangência
Centro Regional de Atenção Especializada	<ul style="list-style-type: none">✓ Tutoria/Telessaúde;✓ Matriciamento (supervisão, capacitação etc.);✓ Atenção ao usuário de médio risco referenciado pela APS;✓ Atenção ao usuário de alto risco referenciado pela APS – para municípios onde não há CAPS;✓ Atendimento multiprofissional;✓ Ações de prevenção de agravos e promoção de Saúde Mental em conjunto com os municípios;✓ Compartilhamento com a APS do cuidado ao usuário de médio e alto risco.	Regional de Saúde
Hospital Coronel Mota	<ul style="list-style-type: none">✓ Atendimento multiprofissional;✓ Orientação aos familiares.	Território de Abrangência





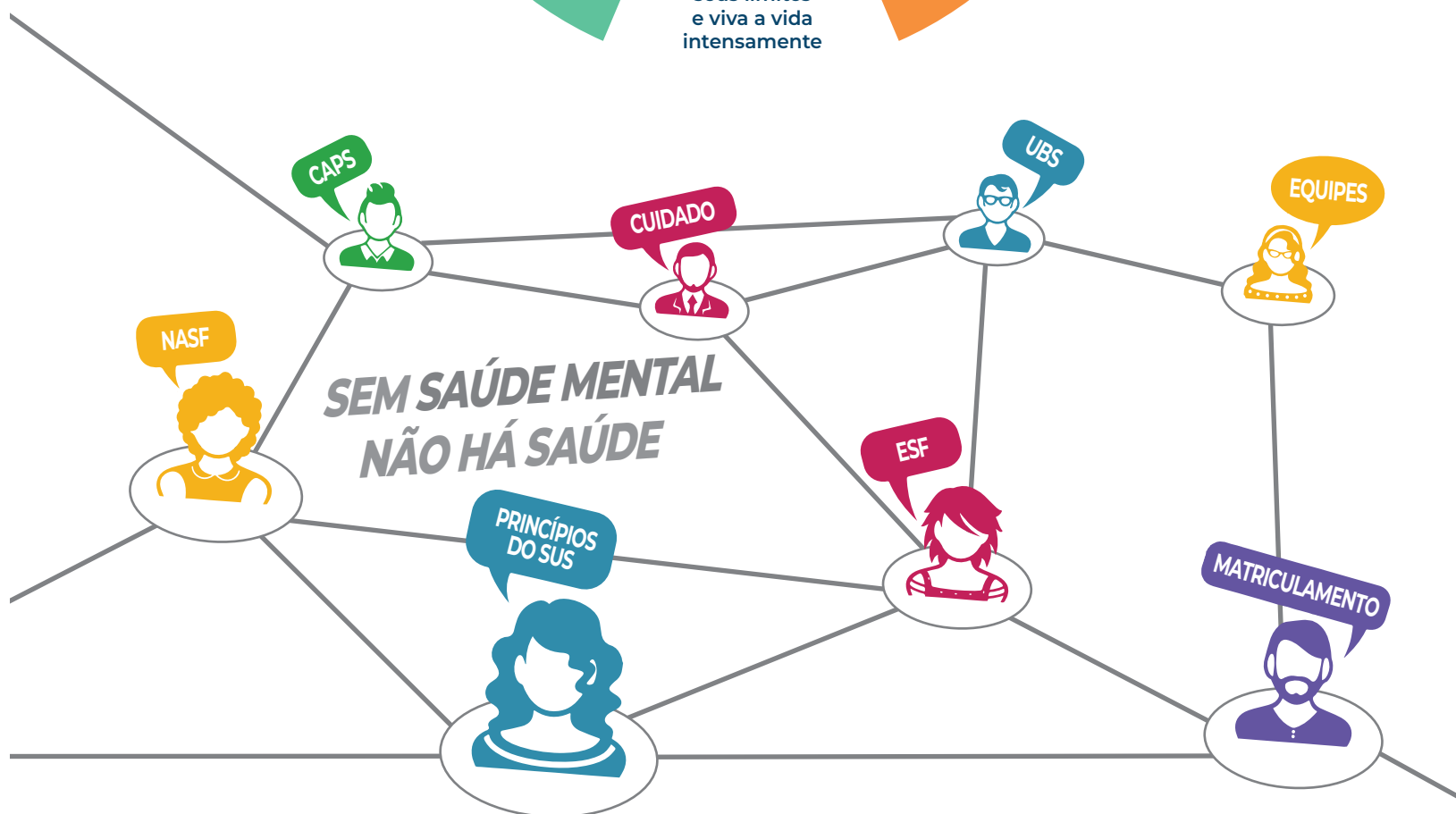
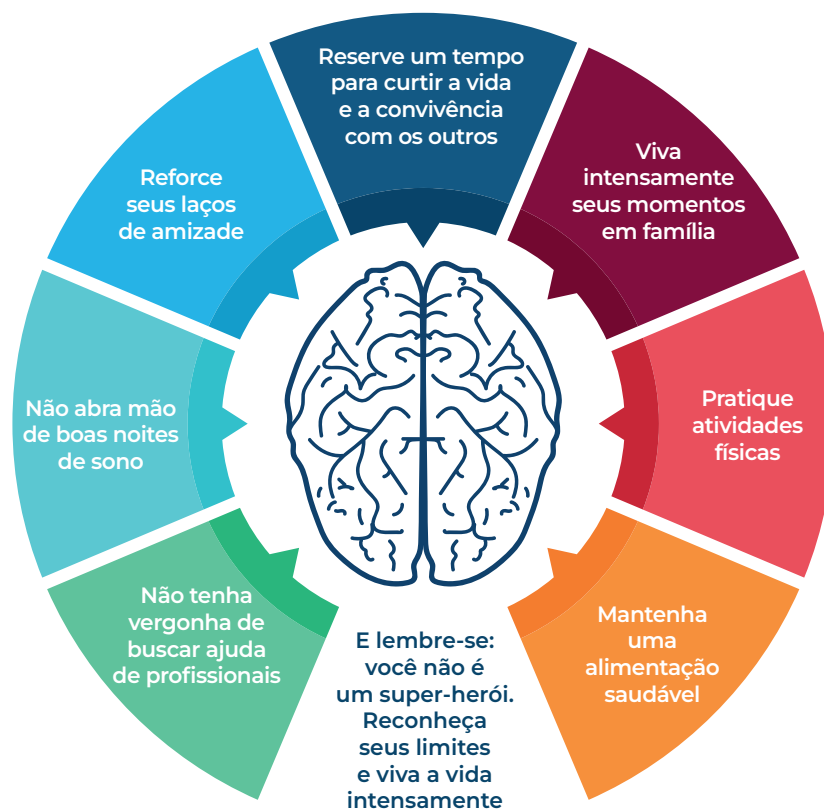
PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
Hospital Geral	<ul style="list-style-type: none">✓ Atendimento à usuários de médio e alto risco, após esgotados os outros recursos terapêuticos;✓ Atendimento à crise;✓ Internamento de curta permanência;✓ Atendimento a comorbidades clínicas;✓ Remissão de sintomas e estabilização do quadro clínico-psiquiátrico;✓ Referenciar para a continuidade do cuidado;✓ Orientação aos familiares.	Território de Abrangência
Pronto-Atendimento	<ul style="list-style-type: none">✓ Atendimento à crise;✓ Classificação de risco (clínico-psiquiátrico);✓ Orientação aos familiares;✓ Referenciar para continuidade do cuidado.	Território de Abrangência
SRT*	<ul style="list-style-type: none">✓ Atendimento de egressos de HP e HCTP de longa permanência e sem vínculo familiar;✓ Moradia;✓ Reinserção social e reabilitação psicossocial;✓ Vinculado ao CAPS.	Comunidade

Legenda: * Não está disponível no município.





Pratique hábitos saudáveis.
Melhores sua qualidade de vida.
Seu corpo e sua mente agradecem.





DIRETRIZES CLÍNICAS PARA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

As Diretrizes Clínicas em Saúde Mental agregam importantes possibilidades e ferramentas para o cuidado em Saúde Mental, aqui entendida como algo maior do que a ausência de transtornos mentais. Fala-se em Saúde Mental e não em doença mental e, tal qual a abordagem da Organização Mundial da Saúde (OMS), compreende-se que a Saúde Mental é parte integrante da saúde global dos sujeitos, afeta e é afetada por múltiplos fatores: sociais, psicológicos, biológicos, econômicos e ambientais.

As intervenções em Saúde Mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em Saúde Mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde (Ministério da Saúde, 2013 - Cadernos da Atenção Básica, n.º 34).

É difícil resistir à tendência de simplificações e à adoção de fórmulas mágicas. Mesmo quando nos propomos a transformar nossa prática em algo aberto e complexo, enfrentaremos dificuldade e angústia por não saber lidar com situações novas. Carregamos conosco nosso passado de formação reducionista (seja biológica ou psicológica) e frente ao desconhecido podemos nos sentir impotentes, de modo que é fácil recair em explicações simplistas, que nos permitam agir de acordo com um esquema mental de variáveis seguras e conhecidas. Ao focarmos no sofrimento, corremos o risco, enquanto profissionais de saúde, de negligenciar as dimensões da pessoa que esteja indo bem, que seja fonte de criatividade, alegria e produção de vida, e, ao agir assim, podemos influenciá-la também a se esquecer de suas próprias potencialidades.

Portanto, é preciso que o profissional realize um esforço de separar emocionalmente as suas vivências: os valores pessoais das vivências e os valores pessoais dos usuários que acompanha. Por vezes, pode ocorrer ao trabalhador de saúde desejar que o usuário mude aspectos da vida em função de valores pessoais do profissional, os quais podem não estar em sintonia com a autonomia e os valores pessoais dos usuários. No entanto, para lidar com isso, é preciso discutir os casos em equipe em espaços protegidos, ou procurar suporte com equipes de apoio matricial (Ministério da Saúde, 2013 - Cadernos da Atenção Básica, n.º 34).

A construção deste manual foi baseada nos sinais e sintomas dos principais transtornos mentais, sem a necessidade de firmar diagnóstico inicial, somados às condições de vida atual do usuário, que podem agravar os riscos. É necessário realizar estratificação de risco para elaborar o plano de cuidados que inclui a definição do ponto de atenção à saúde no qual o usuário será tratado no primeiro momento.

Cabe lembrar que para adequar o recurso terapêutico a ser instituído, o diagnóstico nosológico bem como a identificação das comorbidades têm a máxima importância e relevância. Esse diagnóstico deve ser referenciado pela versão atualizada da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e realizado por profissional médico, sendo este o profissional de saúde habilitado legalmente para esse ato.



COMUNICAÇÃO

Os profissionais de saúde não devem esquecer que suas mensagens não são interpretadas apenas pela fala, mas também pela forma como se comportam. Dessa maneira, pode-se tornar a comunicação mais efetiva ao tomar consciência da importância da linguagem corporal, principalmente no que diz respeito à proximidade, à postura, ao toque e ao contato visual.

Quando o profissional se relaciona com o sujeito, primeiramente, aquele deve ouvir o que este fala, em segundo lugar, o que ele não deseja falar e, em terceiro lugar, o que ele não pode falar.

Os profissionais de saúde têm a tarefa de interpretar o significado da comunicação não-verbal que o sujeito envia, com a finalidade de estabelecer um plano de cuidados adequado às necessidades singulares do paciente. A passividade dos sujeitos em sua relação com o profissional de saúde pode levá-los a se tornarem apenas um número, um caso clínico, uma ferida ou uma lesão diante de um olhar tecnicista. Por isso, a importância de se considerar a comunicação não-verbal como elo fundamental no processo de cuidado em saúde.

Uma vez que a comunicação incide sobre a qualidade da assistência prestada ao sujeito, para alcançar uma comunicação satisfatória é preciso que o profissional de saúde deseje envolver-se e acredite que sua presença é tão importante quanto à realização de procedimentos técnicos. Para tanto, deve assumir uma visão de saúde mais holística, na qual não há um divórcio entre corpo e mente.

A promoção de uma assistência holística que envolva as necessidades bio-psico-sócio-espirituais e emocionais deve passar por um processo comunicativo eficaz entre profissional/sujeito, levando em consideração os seguintes pontos:

- ✓ Preferência por local reservado;
- ✓ Manter contato visual;
- ✓ Evitar manusear objetos enquanto o paciente fala;
- ✓ Não fazer julgamentos ou impor suas crenças;
- ✓ Controle da expressão facial e corporal;
- ✓ Ser claro e objetivo;
- ✓ Evitar uso de termos desconhecidos para o paciente;
- ✓ Explicar e orientar quanto ao que será realizado;
- ✓ Comunicar o diagnóstico ou condição de saúde do paciente.



PROMOÇÃO, PREVENÇÃO E TRATAMENTO

Na atenção à Saúde Mental, as atividades de promoção da saúde implicam a criação de condições ambientais e sociais que propiciem um desenvolvimento psicológico e psicofisiológico adequados. Tais iniciativas envolvem os indivíduos em um processo positivo, como melhora da qualidade de vida e redução da distância da expectativa de saúde entre os indivíduos e os grupos. Esse processo deve ser construído de forma participativa com as pessoas e para as pessoas. A prevenção dos transtornos mentais pode ser considerada um dos resultados de uma estratégia ampla de promoção da Saúde Mental (HOSMAN; JANÉ-LLOPIS, 1999 apud WHO, 2004).

Já as ações de prevenção de transtornos mentais devem ter como objetivo a redução da incidência, prevalência e recorrência desses transtornos, do tempo perdido com sintomas ou a redução das condições de risco, prevenindo ou impedindo recorrências e diminuindo o impacto da doença sobre o indivíduo, seus familiares e a sociedade (MRAZEK; HAGGERTY, 1994 apud WHO, 2004).

Para que a assistência em Saúde Mental seja eficiente em qualquer dos níveis de atenção, consideramos essencial que haja:

- ✓ Rede articulada de serviços;
- ✓ Abordagem psicossocial;
- ✓ Busca ativa dos pacientes;
- ✓ Apoio e parceria com os familiares;
- ✓ Equipes multidisciplinares compostas por profissionais de saúde de várias formações, abandonando paradigmas ineficazes e pouco resolutivos, tais como a abordagem estritamente médica e psicofarmacológica centrada na hospitalização.

FERRAMENTAS DE PREVENÇÃO DO ADOECIMENTO

O cuidado é uma característica essencial do ser humano. Assim, as ações de cuidado devem ser vistas como “um processo permanente de busca de equilíbrio dinâmico de todos os fatores que compõem a vida humana”.

É necessário o cuidado integral da saúde do corpo físico e mental, para isso temos sempre que pensar em prevenção. Destacamos aqui uma série de orientações para manter esse equilíbrio.

a) Hidratação: A água representa 99 % das moléculas que constituem o corpo humano, sendo assim é necessário que a nossa reserva esteja sempre renovada. O Ministério da Saúde recomenda 2 litros de água por dia para um adulto saudável e vai depender das atividades que o indivíduo exerça, mas um cálculo simples por indivíduo seria: Peso corporal x 35 - 40 ml = Quantidade total em 24 horas.

b) Alimentação: Em uma alimentação saudável é importante ter variedade, equilíbrio e controle de quantidade, comer o que lhe é adequado e qualidade dos alimentos. Sempre é necessário orientar os pacientes a ter consciência de uma boa alimentação dentro dos seus próprios recursos e adequar o IMC.

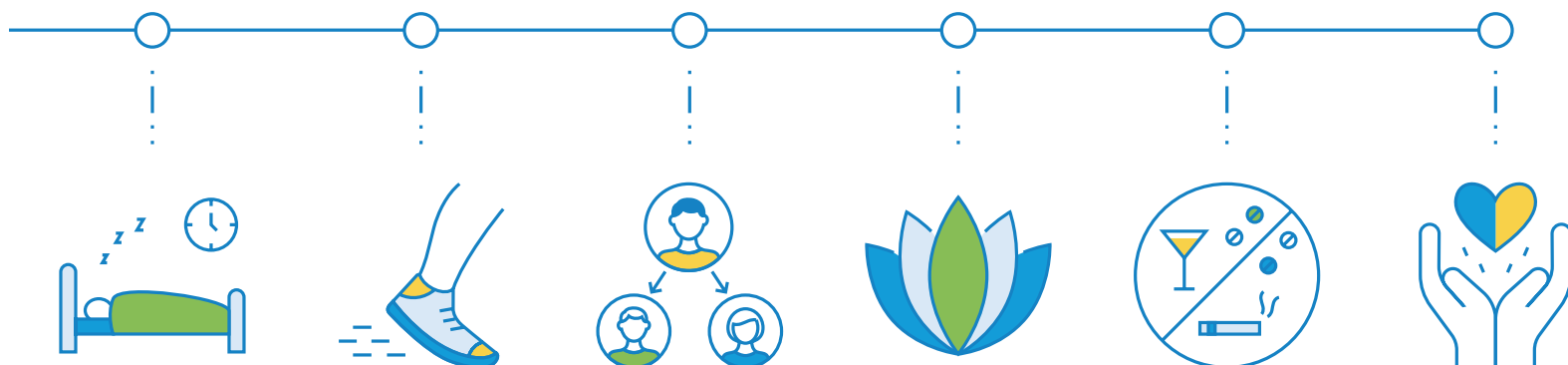
c) Respiração: É importante lembrar que a respiração vai muito além do inspirar e expirar. Funciona como uma orquestra que envolve cérebro, pulmões, coração, sangue e músculos em perfeita harmonia. Retomar a consciência e a coordenação da respiração é um verdadeiro remédio natural, capaz de curar problemas de ordem física e psicológica. A respiração lenta, profunda e consciente é um dos melhores remédios para amenizar sensações de estresse e ansiedade, graças à sua potente capacidade de relaxamento. Ao respirar com calma e consciência, o corpo entende que não há perigo iminente e retoma seu estado físico e emocional equilibrado. Tal reação ocorre porque a respiração profunda estimula a liberação do ácido gama aminobutírico (GABA), principal neurotransmissor inibitório do sistema nervoso. Sua ação no organismo é um potente calmante e ansiolítico natural, restabelecendo a tranquilidade e controle das emoções. É por conta da liberação desse neurotransmissor que a respiração profunda é amplamente recomendada no controle das crises de ansiedade e de outros transtornos psicológicos. Além da questão emocional, a respiração correta também beneficia a saúde cognitiva. O cérebro exige oxigenação abundante para funcionar de maneira plena – quem pratica respiração superficial tende a enfrentar problemas com atenção, concentração, memória, raciocínio lógico e compreensão.





d) Exercícios: Exercício físico é qualquer atividade planejada que faça seus músculos funcionarem e ajude o corpo a queimar calorias: corrida, caminhada, futebol, natação, dança etc. Opções não faltam e diversas pesquisas comprovam os benefícios do exercício físico para a saúde do corpo e da mente. A prática regular ajuda a aumentar seus níveis de energia, faz bem para a pele e é essencial para o bom funcionamento do sistema cardiovascular. Por isso, é um componente - chave para conquistar um estilo de vida saudável. É comprovadamente eficaz na melhora do humor e no alívio dos sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Segundo estudos, isso acontece porque os exercícios produzem alterações nas partes do cérebro que regulam o estresse e a ansiedade. Eles também podem aumentar a sensibilidade do cérebro aos hormônios serotonina e noradrenalina, que aliviam os sentimentos de depressão. Além disso, o exercício físico regular aumenta a produção de endorfinas, conhecidas por ajudar a produzir sentimentos positivos e reduzir a percepção da dor. A prática regular de exercícios físicos ainda é capaz de reduzir os sintomas em pessoas que sofrem de ansiedade.

e) Meditação: Meditação é uma pausa, momento em que os barulhos dos pensamentos não são tão importantes, é estar em contato com a própria essência, longe da materialidade. Auxilia na ativação do sistema nervoso parassimpático, o qual proporcionará ao corpo relaxamento profundo através da diminuição de cortisol (hormônio do estresse). Também melhora a produção de enzimas digestivas e com isso o fortalecimento do sistema imunológico. A meditação, além de reduzir o estresse e ansiedade, aumenta a energia e a criatividade. Melhora a saúde como um todo, regula pressão arterial, promove reversão do envelhecimento, melhora a memória, inteligência e expande a mente. Com a prática regular, o processo torna-se mais natural, sendo possível permanecer nesse estado em grande parte do tempo e aumentar a qualidade de vida do indivíduo. O *mindfulness*, ou atenção plena, é uma estratégia poderosa na regulação da emoção, caracterizado por ser um processo de aprendizagem rápida e implantada com muita eficácia na rotina de qualquer indivíduo. Reservar alguns momentos do dia para prestar atenção no aqui e agora, aquietar a mente e respirar são ações que fazem parte dessa prática.



PRÁTICAS INTEGRATIVAS

As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) têm sido evidenciadas como importante ferramenta terapêutica na manutenção/recuperação da saúde, bem estar e qualidade de vida, com positivo e especial impacto no tratamento de pacientes com transtornos mentais desde os mais leves até os mais graves.

São recursos terapêuticos que buscam a prevenção de doenças e a recuperação da saúde, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade.

As práticas foram institucionalizadas por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). São elas: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais.

Estas importantes práticas são transversais em suas ações no SUS e podem estar presentes em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde, prioritariamente na Atenção Primária com grande potencial de atuação. Uma das abordagens desse campo são a visão ampliada do processo saúde/doença e da promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado. As indicações são embasadas no indivíduo como um todo, considerando-o em seus vários aspectos: físico, psíquico, emocional e social.

Entre as principais diretrizes da PNPIC está o aumento da resolutividade dos serviços de saúde, que ocorre a partir da integração – ao modelo convencional de cuidado – de racionalidades com olhar e atuação mais ampliados, agindo de forma integrada e/ou complementar no diagnóstico, na avaliação e no cuidado.





FOTO: GIOVANI C



SAÚDE MENTAL EM CONTEXTOS DE MIGRAÇÃO

Historicamente, os seres humanos têm migrado de um lugar para outro por diferentes razões, entre as quais a busca de alimentos, melhores oportunidades de emprego, melhor educação e, mais recentemente, devido aos efeitos da mudança climática ou para se protegerem de eventos ou ameaças violentas. Essas migrações estão ocorrendo em todo o mundo, de acordo com o Relatório Mundial das Migrações 2020 da Organização Internacional para as Migrações (OIM), quase 272 milhões de migrantes internacionais foram registrados em todo o mundo em 2019, 51 milhões a mais do que em 2010.

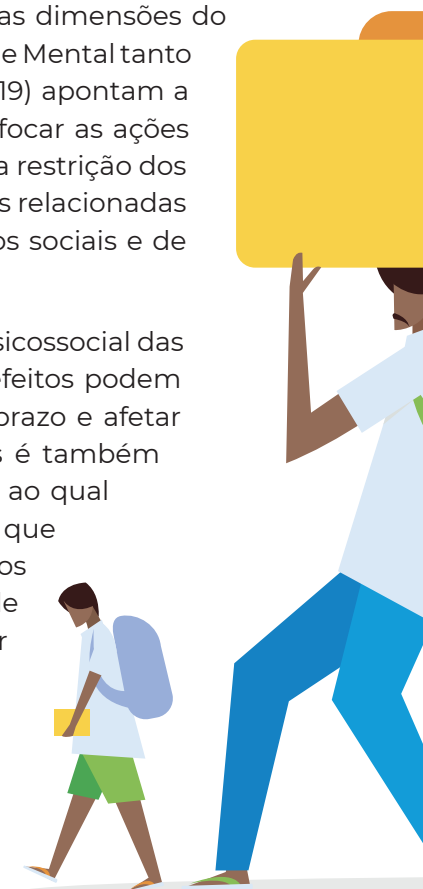
Enquanto isso, em um documento sobre a migração venezuelana da mesma organização, é destacado que, em 2021, na América Latina há mais de 4,6 milhões de migrantes e refugiados, com 273.173 migrantes de origem venezuelana no Brasil devido à crise econômica e política do país vizinho. Pesquisadores também destacam que a intensa mobilidade na região e as migrações do eixo Sul-Sul representam um desafio para os sistemas nacionais de saúde, precarizados por anos de subfinanciamento e pela intensificação de políticas de austeridade (Ventura et al., 2021).

A migração é um fenômeno da experiência humana que pode favorecer o encontro entre culturas e trazer contribuições sociais, culturais e econômicas à sociedade, no entanto, as pessoas em deslocamento podem estar sujeitas a diferentes vulnerabilidades, seja no processo de saída, no trânsito ou na chegada ao país de acolhida. Condições sociais difíceis, ademais as consequências sociais e sanitárias da COVID-19, podem gerar sérios impactos na Saúde Mental de crianças, adolescentes, adultos e idosos.

O Brasil enfrenta desafios significativos na integração social da comunidade venezuelana que entra no país pela fronteira do estado de Roraima, muitos em deslocamento fugindo da violência, da fome, do desemprego e da falta de serviços de saúde. O intenso e crescente processo de imigração para o estado levou o Governo de Roraima a decretar emergência social em 2015.

As condições de vida e de trabalho, o acesso à educação, moradia, alimentação, serviços essenciais de saúde e de proteção social têm demonstrado influência sobre as dimensões do processo de saúde e bem-estar psicossocial das populações, impactando a Saúde Mental tanto do indivíduo quanto da coletividade na qual ele se insere. Ventura e Yujra (2019) apontam a necessidade de considerar os determinantes sociais dos deslocamentos e focar as ações na proteção dos direitos das pessoas e no exercício da cidadania, uma vez que a restrição dos direitos dos migrantes amplia sua vulnerabilidade e cria ou acentua iniquidades relacionadas à saúde, ao passo que reconhecê-los promove a integração social, evita custos sociais e de saúde a longo prazo e impulsiona o desenvolvimento econômico.

Contextos de emergência humanitária podem acentuar o sofrimento psicossocial das populações afetadas, em especial de pessoas e grupos vulnerabilizados. Os efeitos podem ser agudos e transitórios, como também podem perdurar a médio e longo prazo e afetar negativamente a Saúde Mental e o bem-estar. Para migrantes e refugiados é também um desafio tentar se ajustar a um ambiente estranho à sua visão de mundo ao qual estão acostumados, onde eles devem aprender outra língua, em um ambiente que é estranho às suas tradições, rituais, formas de alimentação, em suma, a todos aqueles hábitos que geram o bem-estar individual e coletivo e o sentimento de pertencimento. Histórias de separação de familiares, da dor de deixar o lugar de origem e de violências são alguns fatores que trazem grande carga de sofrimento mental aos sujeitos, pois podem representar a ideia de perda da vida que haviam construído.



A violação dos direitos humanos, os discursos de ódio, o racismo estrutural, a xenofobia e a exclusão social criam desafios à integração social na comunidade de acolhida. Discursos xenofóbicos visam mobilizar afetos de medo e ressentimento, fazem apelo a sentimentos nacionalistas que visam estabelecer uma hierarquia entre nacionais e estrangeiros no acesso a oportunidades de meio de vida e a serviços sociais, de educação e ao sistema de saúde. Esses discursos tendem a buscar um responsável pelas precariedades e dificuldades percebidas pela população local no acesso aos bens comuns, mas que, cabe lembrar, são decorrentes de décadas de políticas públicas subfinanciadas.

A estigmatização de populações migrantes e refugiadas, atribuindo às pessoas rótulos negativos ou suposições das razões que as fizeram emigrar, contribuem para o sofrimento mental e isolamento e impõe barreiras ao reconhecimento da cidadania desses grupos. Cabe lembrar que a migração e os deslocamentos são um fenômeno humano que está presente naqueles que vêm de outro país em busca de um novo lugar para viver, mas também nas famílias brasileiras que podem ser migrantes internas ou emigrantes em potencial.

Destacamos o papel potencial que a atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família, pode exercer no processo de integração das comunidades de imigrantes, seja através da atenção no modelo da clínica ampliada, das ações intersetoriais ou dos projetos terapêuticos singulares construídos para o cuidado desses indivíduos. É necessário levar em conta as demandas psicossociais desse grupo, incluindo nos atendimentos questões sobre mudanças nas redes familiares e sociais com a migração, memórias do país de origem, percepções do Brasil e frustrações e experiências que afetam o processo saúde-doença.

Alguns pontos a serem considerados:

- ✓ Um indicador de risco em Saúde Mental pode ser o histórico de migração e refúgio há menos de um ano. É um momento importante para abordar, dentro de suas necessidades de saúde e psicossociais, as diferentes formas de acessar os serviços e o funcionamento do sistema de saúde;
- ✓ Buscar sempre desconstruir o imaginário negativo que a pessoa migrante possa carregar;
- ✓ Abordar nos primeiros atendimentos não as razões da migração e deslocamento, mas os tipos de risco que a pessoa estava exposta em seu país de origem, identificando os riscos para a Saúde Mental e possíveis ações;
 - ✓ Construir projetos terapêuticos voltados a essa população, atento à presença ou ausência de rede familiar e social;
 - ✓ Incorporar nas reuniões multidisciplinares e atividades coletivas os temas da interculturalidade e do combate à xenofobia e a qualquer tipo de discriminação. Essas são ações necessárias para criar um espaço permanente de acolhimento.



ATENÇÃO ÀS POPULAÇÕES INDÍGENAS

Ao longo da história, as populações indígenas foram largamente impactadas pela colonização, expropriação territorial, processos de escravização, desorganização social e cultural, punições às suas manifestações religiosas e aos seus movimentos de resistência, mas, sobretudo, pelas epidemias de doenças infecciosas, cujo efeito impulsionou um processo de extermínio de grandes grupos populacionais. A perda da autoestima, a desorganização econômica e dos marcos da estruturação da vida também tiveram uma repercussão importante no bem estar das populações indígenas. Essa trama complexa das relações entre indígenas e segmentos da sociedade até os dias de hoje tem influenciado em processos de saúde e doença, que sobretudo devem ser considerados para se pensar em atenção à saúde dos povos indígenas.

A política pública de saúde brasileira acumula orientações técnicas e marcos legais para o trabalho com indígenas que podem compor bases sólidas para o planejamento de ações que considerem e respeitem a singularidade de cada povo, como é o caso da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (n.º 9.836/2002). Esse modelo de trabalho tem demonstrado melhores respostas na diminuição de incidência de casos e maior qualificação de intervenções. Como exemplo podemos citar práticas e conceitos como “cuidado intercultural”, “bem viver” e “atenção diferenciada de saúde”, que podem contribuir com a adequação de estratégias ao contexto.

A abordagem do bem viver é amplamente difundida entre os indígenas da América Latina e contraria uma visão individualista, privilegiando o senso de comunidade. Implica reconhecer a vida a partir de uma cosmovisão, ou seja, concepção ou visão de mundo, que integra uma subjetividade constituída na relação entre território, comunidade e si mesmo.

Sabendo que a produção da subjetividade e de um corpo afetivo está na relação com o outro, afetar e ser afetado é parte integrante desse processo. Nesse sentido, o mesmo acontece com a saúde, o que eu faço todos os dias no trabalho me afeta e afeta os outros. Existem tantos modelos de saúde quanto existem pessoas tocando a saúde, pois cada pessoa é um modelo. A relação com o outro pode produzir saúde ou mais doença, para que se possibilite a construção de histórias de cuidado com as/os usuárias/os é importante atentar para as tecnologias das relações, como vínculo, autonomia e acolhimento.





Cuidado intercultural e atenção diferenciada têm íntima relação com as ferramentas escolhidas para o trabalho, que nesse cenário podem estar direcionadas a conhecer as potencialidades, recursos, vulnerabilidades e marcos culturais (tradições, organização social e parentesco) das populações com as quais se trabalha. Aprender sobre as visões indígenas dos processos e efeitos nos seus cuidados de saúde, privilegiando a construção de possibilidades interculturais adequadas e de adaptação das ações ao contexto social, cultural e histórico. Para isso, é significativo compreender o sistema de conhecimento indígena e suas práticas de cuidado, intercambiando informações sobre saúde a partir de um diálogo intercultural simétrico e bem informado.

As ações de saúde devem considerar a inviabilidade de desenvolver ações de promoção e prevenção de agravos com povos indígenas restritas unicamente aos saberes médico-centrados e em clínicas das especialidades. Há necessidade em ampliar a visão de saúde e doença, considerada como elemento base para ações, com estratégias locais na solução de agravos e as escalas de demandas prioritárias definidas pelas culturas e saberes das comunidades. Nesse sentido, é fundamental fortalecer o protagonismo da comunidade, envolver especialistas e tecnologias indígenas de cuidado em saúde na priorização de demandas, planejamento e execução de ações de saúde.

O cuidado em saúde na atenção básica deve partir do entendimento de que a produção do cuidado se dá em redes, não apenas institucionais, mas redes vivas e de potência criativa. Redes como modo de produção das conexões entre indivíduos e coletivos, em diferentes contextos de grupalidade e modos de viver socialmente. Por vezes, identificar uma rede é manter ela aquecida pode ser um trabalho árduo, mas a chave para produzir uma melhor saúde.

A política pública brasileira de saúde estabelece como prioritárias as ações de prevenção de agravo e promoção de saúde. Tais intervenções têm como base o cuidado territorializado com necessidade de prévia cartografia social e continuada leitura de cenário que componha os processos de compreensão dos perfis epidemiológicos. Desse modo, considerar os espaços de moradia e seu entorno e acesso à cidade, condições sanitárias, equipamentos públicos, noção de pertença, vínculos de solidariedade, dentre demais fatores como elementos diretamente envolvidos nos processos de saúde.

Como trabalhador/a da saúde é importante ser capaz de se observar dentro de uma perspectiva maior e que faz parte de um mecanismo que é alternativo e complementar às práticas de conversação da saúde e da vida próprios das comunidades indígenas. Alguns caminhos do trabalho serão apontados pela própria comunidade e é essencial que esteja preparada/o para ouvir e facilitar.





ATENÇÃO ÀS PESSOAS LGBTI+

Nas últimas décadas, as pessoas LGBTI+ têm cada vez mais reivindicado espaços na sociedade e na luta por reconhecimento em diferentes regiões do mundo. Parte dessa luta diz respeito a demandas específicas de direito à saúde, como será melhor abordado nessa seção do guia.

Primeiramente, convém notar que é muito comum que essa sigla gere dúvidas entre profissionais de saúde, especialmente porque varia bastante. A sigla que utilizaremos nesse guia é LGBTI+ que se trata de um acrônimo para:

Lésbicas

Gays

Bissexuais

Travestis e Transexuais

Interssexos

+ (que simboliza as outras identidades e orientações sexuais dissidentes possíveis)

Há outras variações como **LGBTQI**, incluindo as pessoas que se identificam como quer; (uma identidade que surgiu no contexto anglófono que, resumidamente, se refere a alguém cuja identidade desafiaria as lógicas normativas de gênero e sexualidade) ou **LGBTQIA**, incluindo as pessoas assexuais (ou seja, pessoas cuja orientação sexual se ancora na ausência total ou parcial de desejo por relações sexuais, que varia em nível e forma para cada pessoa).

As possibilidades de experiências humanas são realmente incontáveis. Como muitas coisas na vida, gênero e sexualidade são diversos e variantes. Por isso, não há uma sigla certa ou definitiva, e as mudanças na sigla refletem às diferentes emergências e transformações históricas e políticas. Porém, em todos os casos, essa sigla visa reunir identidades de gênero e orientações sexuais que não se encaixam nos padrões que a sociedade geralmente considera como normal.

Para entender melhor esses dois conceitos em negrito, vamos recorrer aos *Princípios de Yogyakarta* (2006), um importante documento internacional que oferece princípios para práticas de direitos humanos sobre orientação sexual e identidade de gênero.



Seguem as definições:

Identidade de gênero: A experiência interna, individual e profundamente sentida que cada pessoa tem em relação ao gênero, que pode, ou não, corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo-se aí o sentimento pessoal do corpo (que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outros) e outras expressões de gênero, inclusive o modo de vestir-se, o modo de falar e maneirismos (CLAM, 2006, p. 10);

Orientação sexual: a capacidade de cada pessoa de experimentar uma profunda atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero, assim como de ter relações íntimas e sexuais com essas pessoas (CLAM, 2006, p. 10).

Em muitos lugares, como no Brasil, as pessoas LGBTI+ são geralmente marginalizadas e tem o acesso a serviços de saúde dificultado ou até mesmo negado. Infelizmente, muitos profissionais de saúde, de diferentes formações e postos, reproduzem na sua conduta a ideia de que as vivências dessa população são inferiores, antinaturais ou moralmente reprováveis. Isso dificulta a relação entre profissionais e usuários e produz inibições, de modo que essas pessoas não necessariamente conseguem confiar nos agentes de saúde para expressar com espontaneidade suas demandas e necessidades.







Nem todas as especificidades de pessoas LGBTI+ têm a ver com sexualidade, inclusive esse pode ser mais um dos muitos preconceitos que esse grupo enfrenta, tendo em vista que para muita gente são pessoas “mais promíscuas”, o que se trata na verdade de uma generalização errônea. Porém, no âmbito da saúde pública é comum que se fale de LGBTI+ quando falamos de sexualidade, sobretudo por conta da prevenção de ISTs (Infecções Sexuais Transmissíveis), que é uma das frentes da Atenção Básica. Além disso, o combate às ISTs tem sido historicamente um dos desafios priorizados por esse grupo, desde a década de 1980 com os primeiros casos de HIV no Brasil.

Apesar da necessidade de políticas públicas específicas para homens que fazem sexo com outros homens desde então (como as recentes PEP e a PREP, por exemplo) e outros grupos considerados mais vulneráveis a certas infecções, ao contrário do que muita gente pensa, HIV e outras ISTs não afetam apenas pessoas LGBTI+.

De toda forma, vale lembrar que o SUS (Sistema Único de Saúde) tem como princípio a equidade. Ou seja, preconiza atendimentos aos indivíduos de acordo com suas especificidades, observando como as diferenças sociais afetam desigualmente os grupos populacionais, independentemente da visão de mundo e dos valores pessoais do agente de saúde que promove o atendimento.

O Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil referente ao ano de 2013, feito pela Secretaria Especial de Direitos Humanos, indica que a violência mais frequente entre essa população é a violência psicológica (40,1%), seguida pela discriminação (36,4%) e, em terceiro, pelas violências físicas (14,4%). Ou seja, é importante não desprezar a dimensão psíquica quando se fala de saúde LGBTI+.

Além disso, é relevante ter em mente que cada letra da sigla corresponde a uma identidade ou orientação sexual que traz arranjos muito próprios e singulares, de modo que não seja possível pensarmos em um grupo homogêneo e coeso. Não é raro que as especificidades de lésbicas, bissexuais e homens/mulheres trans sejam invisibilizadas quando se faz generalizações.

Entretanto, há alguns pontos no que diz respeito à Saúde Mental que podem ser assinalados de maneira mais abrangente sobre o atendimento dessas pessoas, embora evidentemente variem de acordo com cada identidade e experiência singular. Vale sempre ter em vista como tantos preconceitos afetam psicologicamente essas pessoas, e como, desde crianças, pessoas LGBTI+ passam por situações que podem ser traumáticas, como, por exemplo, a exclusão da própria família, que pode resultar na ruptura do vínculo com os próprios pais. Ou na escola: é comum, por exemplo, que pessoas transsexuais sequer terminem o Ensino Médio pelas dificuldades de serem respeitadas nesses espaços (nem sempre o nome social, ou seja, o nome pelo qual a pessoa trans se identifica em detrimento do seu nome de registro, é utilizado, o que pode gerar muito sofrimento psíquico). Portanto, como visto, até chegar em um serviço de saúde a pessoa LGBTI+ já carrega um histórico de preconceitos e situações passadas que geraram sofrimentos.

Não é raro que pessoas que compõem esse grupo internalizem ideias preconceituosas sobre suas próprias identidades de gênero e orientações sexuais, portanto, no cuidado em Saúde Mental deve-se dar a importância para como essas ideias afetam a autoimagem e autoestima. Além disso, tantas experiências de exclusões certamente podem ser a raiz de sintomas psicológicos variados (sintomas ansiosos, depressivos, dentre outros). É igualmente importante estar atento/a para quais são as redes de proteção disponíveis para essas pessoas, se não for a família sanguínea, deve-se incentivar outros vínculos, como comunitários, políticos ou mesmo as amizades. Enfim, o ideal é que, ao chegarem nos espaços de promoção/prevenção de saúde, essa população não seja ainda mais vitimizada. Contar com um/uma profissional sensível e empático/a sem dúvidas pode fazer toda a diferença.





TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

É a forma de sofrimento emocional mais comum apresentado na Atenção Primária. Caracterizado por apresentar diversos sintomas como: queixas somáticas inespecíficas, irritabilidade, insônia, nervosismo, dores de cabeça, fadiga, esquecimento e falta de concentração. Podem-se destacar sintomas depressivos ansiosos e somáticos frequentemente associados a problemas psicossociais, incluindo uma gama ampla da população que precisa de algum cuidado em Saúde Mental, sendo ou não portadores de um diagnóstico psiquiátrico. Sabe-se que a vulnerabilidade psicossocial eleva as chances desse sofrimento psíquico e os pacientes procuram ajuda da equipe de saúde mais próxima de sua residência, onde esta por sua vez pode ofertar o primeiro atendimento e encaminhar, caso necessário, devendo ter avaliação em consulta médica com periodicidade no máximo trimestral.

O trabalho com grupos psicoeducativos constitui uma importante estratégia de apoio, abordando temas comuns a esses transtornos, assim como a seus familiares, sendo muito importante para se sentirem protagonistas na condução de sua condição de saúde e suas trajetórias nos diversos cenários terapêuticos. Assim, serão realizados atendimentos individuais ou consultas compartilhadas em Saúde Mental, como também, quando identificada a necessidade pela APS, e juntamente com o NASF, nos municípios que possuem tais equipes.



INSÔNIA

Descrição: é uma dissonia caracterizada pela dificuldade em iniciar e/ou manter o sono e pela sensação de não ter um sono reparador durante um período não inferior a 1 mês.

Causas:

- ✓ **Insônia Primária:** início repentino, coincidindo com uma situação de estresse psicológico (tristeza, afastamento de um familiar), social (perda do emprego, dificuldade econômica) ou médico (iminência de uma intervenção cirúrgica). Persistindo geralmente muito tempo depois do desaparecimento da causa original, devido à presença de um nível elevado de alerta e de um condicionamento negativo.
- ✓ **Insônia secundária:** uso de drogas não controladas (cafeína, tabaco), medicamentos prescritos, condições médicas e psiquiátricas.

Sinais e sintomas:

- ✓ Demorar mais que 30 (trinta) minutos para adormecer após deitar;
- ✓ Três (03) episódios durante a semana;
- ✓ Acordar seguidamente durante a noite;
- ✓ Despertar mais precoce que o habitual.

Diagnóstico:

- ✓ Avaliação e quadro clínico.

Tratamento:

- ✓ Higiene do sono: realizar atividades físicas durante a manhã; evitar nicotina; álcool e bebidas que contenham cafeína; evitar o uso de telas (celular, tv etc);
- ✓ Terapia de conduta: relaxamento;
- ✓ Reavaliar após 02 (dois) dias, caso persista o quadro avaliar condição secundária e utilizar tratamento farmacológico de acordo com condição identificada.

Diagnóstico diferencial:

- ✓ A insônia pode ser ainda um distúrbio secundário causado por outro motivo, como doença ou uso incorreto de medicação (investigar causa);
- ✓ Higiene inadequada do sono;
- ✓ Transtorno afetivo;
- ✓ Transtorno de ansiedade generalizada.



TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Descrição: sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho. A ansiedade e o medo passam a ser reconhecidos como patológicos quando são exagerados, desproporcionais em relação ao estímulo, ou qualitativamente diversos do que se observa como normal naquela faixa etária e interferem com a qualidade de vida, o conforto emocional ou o desempenho diário do indivíduo.

Causas:

- ✓ É provavelmente multifatorial, incluindo fatores genéticos, biológicos, cognitivos comportamentais e psicossociais, que contribuem para o aparecimento de sintomas de ansiedade muitas vezes durante a infância e com manifestações variáveis durante todo o ciclo de vida. Tem alto índice de comorbidade com depressão maior e abuso de substâncias psicoativas.

Sinais e sintomas:

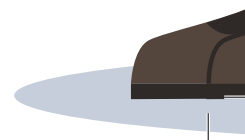
- ✓ Irritabilidade;
- ✓ Inquietação, expectativa apreensiva;
- ✓ Tensão muscular;
- ✓ Dispneia, sensação de asfixia e de desmaio;
- ✓ Vertigem, palpitações, tremores, sudorese;
- ✓ Náuseas, desconforto abdominal;
- ✓ Sufocamento, parestesias;
- ✓ Despersonalização, parestesias, ondas de calor ou frio;
- ✓ Dor e/ou desconforto no peito, medo de morrer ou enlouquecer (crises que duram geralmente minutos);
- ✓ Sintomas depressivos também são frequentes (80% dos casos) acompanhados ou não de déficit na atenção e memória; fadiga e insônia inicial e/ou intermediária.

Exames complementares:

- ✓ Eletrocardiograma;
- ✓ Provas da função tireoidiana, renal, hepática.

Diagnóstico:

- ✓ Eminentemente clínico.



Tratamento:

- ✓ Psicoeducação;
- ✓ Psicoterapia;
- ✓ Psicofármacos;
- ✓ Reavaliar após 03 (três) semanas, caso não apresente melhora significativa identificar condição secundária associada.

Diagnóstico diferencial:

- ✓ A maneira prática de se diferenciar ansiedade normal de ansiedade patológica é basicamente avaliar se a reação ansiosa é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento ou não;
- ✓ Os transtornos ansiosos são quadros clínicos em que esses sintomas são primários, ou seja, não são derivados de outras condições psiquiátricas (depressão, psicoses, transtorno do desenvolvimento, transtorno hipercinético etc).



TRANSTORNOS DE SINTOMAS SOMÁTICOS (TSS)

Descrição: Os Transtornos de Sintomas Somáticos (TSS), anteriormente conhecidos como somatoformes, são caracterizados por um ou mais sintomas somáticos acompanhados por pensamentos excessivos, sentimentos e atitudes em relação aos sintomas somáticos, com procura significativa de atenção médica, em particular em departamentos de emergências. Incluem hipocondria e transtornos dolorosos.

Causa:

- ✓ O TSS é, tipicamente, mais comum em mulheres de baixo nível socioeconômico, que apresentam entre 20 e 30 anos de idade, com alta incidência de comorbidades como ansiedade ou depressão.
- ✓ TSS leve: apenas um sintoma está presente (por exemplo, tempo excessivo e energia dedicada ao sintoma somático);
- ✓ TSS moderado: dois ou mais sintomas estão presentes (por exemplo, pensamentos persistentes e ansiedade severa);
- ✓ TSS grave: duas ou mais das características estão presentes; além disso, o paciente manifesta múltiplas queixas somáticas (por exemplo, fadiga, tontura e desconforto gastrointestinal) ou um sintoma somático muito grave;
- ✓ TSS persistente: o curso da doença dura mais de 6 meses; o funcionamento psicossocial está bastante prejudicado, é classificada como grave.



Sinais e sintomas

- ✓ Queixas físicas recorrentes geralmente começam antes dos 30 anos;
- ✓ A maioria dos pacientes tem múltiplos sintomas somáticos, mas alguns têm um único sintoma grave, tipicamente dor;
- ✓ A essência do transtorno de sintoma somático são pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos ou mal-adaptativos do paciente em resposta aos sintomas;
- ✓ A gravidade pode flutuar, porém os sintomas raramente recorrem por período extenso de tempo;
- ✓ Os próprios sintomas ou a preocupação excessiva em relação a eles é angustiante ou perturba a vida diária;
- ✓ Alguns pacientes se tornam claramente deprimidos;
- ✓ Quando o transtorno de sintoma somático acompanha outro transtorno médico, os pacientes respondem excessivamente às implicações do transtorno médico; por exemplo, pacientes que tiveram recuperação física completa de um infarto do miocárdio simples podem continuar a se comportar como se fossem inválidos ou constantemente se preocupar em ter outro infarto do miocárdio;
- ✓ Qualquer parte do corpo pode ser afetada; sintomas específicos e sua frequência variam entre culturas;
- ✓ O paciente fica furioso quando sente que suas necessidades não são atendidas. Podem também ameaçar ou tentar suicídio. Muitas vezes insatisfeitos com seus cuidados médicos, eles tipicamente vão de um médico para outro ou procuram tratamento com vários médicos ao mesmo tempo.

Diagnóstico

- ✓ Geralmente critérios clínicos: os sintomas devem ser angustiantes ou perturbadores da vida diária por mais de 6 meses e estarem associados a pelo menos um dos itens:
- ✓ 1) Pensamentos desproporcionados e persistentes sobre a gravidade dos sintomas;
- ✓ 2) Ansiedade persistentemente sobre a saúde ou os sintomas;
- ✓ 3) Tempo e energia excessivos gastos com os sintomas ou preocupações com a saúde;
- ✓ Ausência de evidências objetivas para comprovação de doença física.

Tratamento

- ✓ Psicoeducação;
- ✓ Psicoterapia (Terapia Cognitivo-Comportamental);
- ✓ Psicofármacos;
- ✓ Solicitar Matriciamento.

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Descrição: O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) inclui diversos sintomas envolvendo domínios psicopatológicos, abrangendo emoções, comportamentos motores, cognições, relacionamentos sociais e percepções. É concebido como uma conexão entre as compulsões e obsessões. Obsessões são ações ou atos mentais interpretadas como imagens e ou pensamentos invasivos, intrusivos, involuntários e persistentes gerando angústia e ansiedade no indivíduo. Compulsões são comportamentos repetitivos ou atos realizados voluntariamente para neutralizar ou amenizar um desconforto ou para magicamente prevenir o evento temido.

Causas:

- ✓ Ainda não estão totalmente esclarecidas, mas acredita-se que sejam de ordem multifatorial: histórico familiar, alterações neuroquímicas e outros fatores biológicos estão associados;
- ✓ É um pouco mais comum em mulheres do que em homens e afeta cerca de 1% a 2% da população;
- ✓ O TOC tem transtornos psicológicos persistentes, como:
 - ✓ 1) Transtornos de ansiedade;
 - ✓ 2) Transtorno depressivo ou transtorno bipolar (mais comum transtorno depressivo maior);
 - ✓ 3) Transtorno de personalidade obsessivo-compulsiva.

Sinais e sintomas

- ✓ Obsessões de contaminação;
- ✓ Obsessões agressivas;
- ✓ Obsessões sexuais;
- ✓ Obsessões somáticas;
- ✓ Compulsões de lavagem;
- ✓ Compulsões de contagem;
- ✓ Compulsões de verificação;
- ✓ Compulsões de ordem e simetria.



Exames complementares:

- ✓ Hemograma;
- ✓ Provas de função hepática;
- ✓ Provas de função renal;
- ✓ ECG;
- ✓ EEG;
- ✓ TC;
- ✓ RNM (diminuição do volume da substância cinzenta, uni ou bilateralmente, na cabeça do núcleo caudado).

Diagnóstico:

- ✓ Eminentemente clínico.

Tratamento

- ✓ Psicoeducação;
- ✓ Psicoterapia;
- ✓ Psicofármacos;
- ✓ Matriciamento.






TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT)

Descrição: caracterizado basicamente como um conjunto de sintomas envolvendo altos níveis de ansiedade e momentos em que o indivíduo tem a impressão de estar revivendo o evento traumático experienciado.

Causas:

- ✓ O TEPT pode ser desencadeado no indivíduo por ter vivido uma experiência ameaçadora ou aterrorizante e na qual se sentiu impotente para reagir, como ao ser vítima ou testemunha de atos violentos ou situações traumáticas que representaram ameaça à sua vida ou à vida de terceiros (por exemplo: violência urbana, assalto, sequestro, agressão física, abuso e violência sexual, tortura, catástrofes naturais ou provocadas pelo homem).

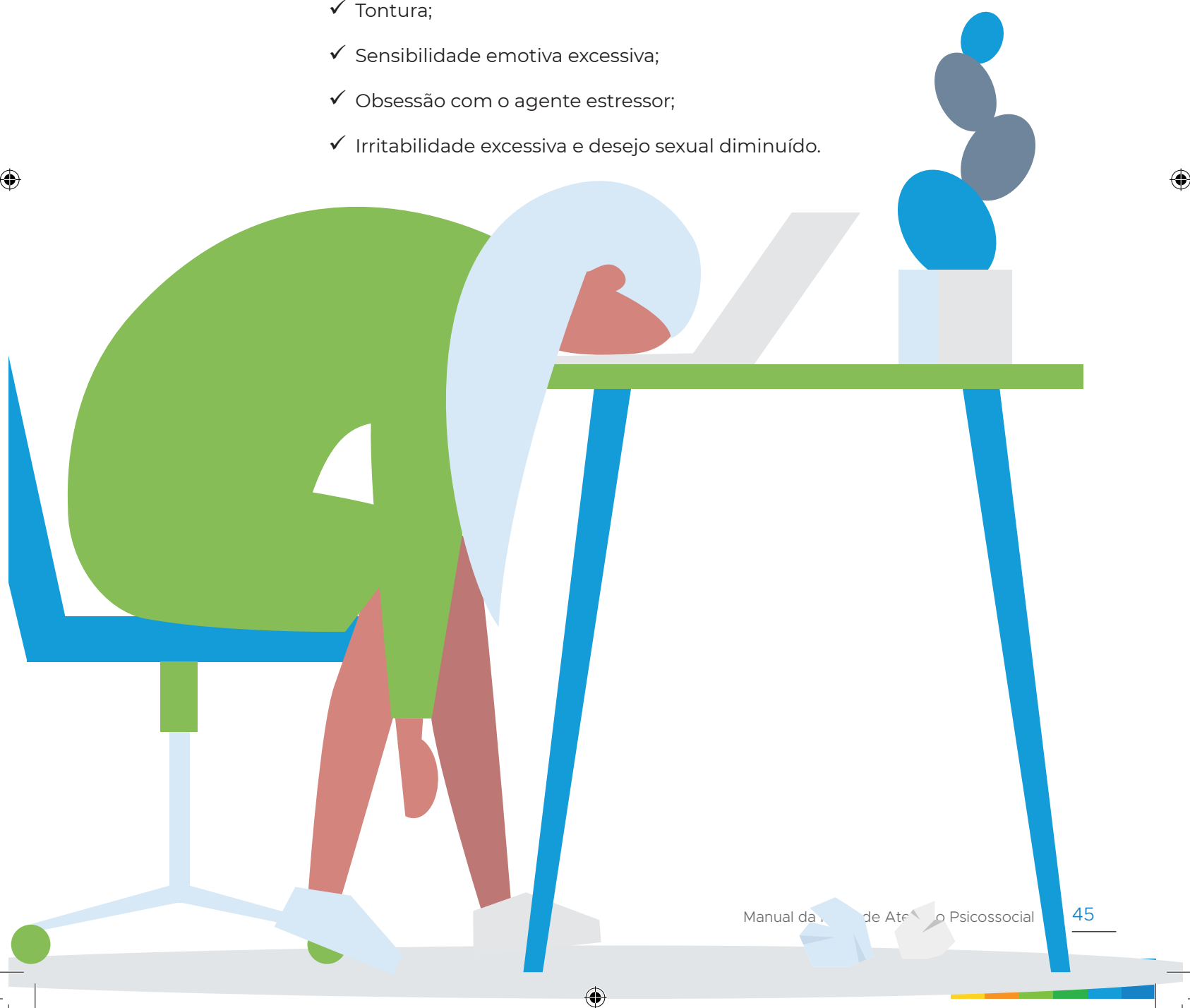
Sinais e Sintomas:

- ✓ **Fase de alerta:** ocorre quando o indivíduo entra em contato com o agente estressor. Pode durar até 24h desde o início dos sintomas.
 - ✓ Mãos e/ou pés frios;
 - ✓ Boca seca;
 - ✓ Dor no estômago;
 - ✓ Suor;
 - ✓ Tensão e dor muscular, por exemplo, na região dos ombros;
 - ✓ Aperto na mandíbula/ranger os dentes ou roer unhas/ponta da caneta;
 - ✓ Diarreia passageira;
 - ✓ Insônia;
 - ✓ Batimentos cardíacos acelerados;
 - ✓ Respiração ofegante;
 - ✓ Aumento súbito e passageiro da pressão sanguínea e agitação.
- 



✓ **Fase de resistência:** o corpo tenta voltar ao seu equilíbrio. O organismo pode se adaptar ao problema ou eliminá-lo. Pode durar até 4 semanas desde o início dos sintomas.

- ✓ Problemas com a memória;
- ✓ Mal-estar generalizado;
- ✓ Formigamento nas extremidades (mãos e/ou pés);
- ✓ Sensação de desgaste físico constante;
- ✓ Mudança no apetite;
- ✓ Aparecimento de problemas de pele;
- ✓ Hipertensão arterial;
- ✓ Cansaço constante;
- ✓ Gastrite prolongada;
- ✓ Tontura;
- ✓ Sensibilidade emotiva excessiva;
- ✓ Obsessão com o agente estressor;
- ✓ Irritabilidade excessiva e desejo sexual diminuído.







✓ **Fase de exaustão:** nessa fase podem surgir diversos comprometimentos físicos em forma de doença. Não havendo uma intervenção adequada até a 4ª (quarta) semana, o quadro de estresse passa a ser crônico. Sintomas da fase de exaustão:

- ✓ Diarreias frequentes;
- ✓ Dificuldades sexuais;
- ✓ Formigamento nas extremidades;
- ✓ Insônia;
- ✓ Tiques nervosos;
- ✓ Hipertensão arterial confirmada;
- ✓ Problemas de pele prolongados;
- ✓ Mudança extrema de apetite;
- ✓ Batimentos cardíacos acelerados;
- ✓ Tontura frequente;
- ✓ Úlcera;
- ✓ Impossibilidade de trabalhar;
- ✓ Pesadelos;
- ✓ Apatia;
- ✓ Cansaço excessivo;
- ✓ Irritabilidade;
- ✓ Angústia;
- ✓ Hipersensibilidade emotiva e perda do senso de humor.

Diagnóstico:

- ✓ Eminentemente clínico.

Tratamento:

- ✓ Psicoeducação;
- ✓ Psicoterapia;
- ✓ Avaliar necessidade de psicofármacos;
- ✓ Matriciamento;
- ✓ Reavaliar o paciente após 02 semanas.



TRISTEZA MATERNA OU BABY BLUES

Descrição: A tristeza materna (Baby blues) é um quadro de alteração de humor relacionado ao puerpério que acomete cerca de 80% das mulheres, alternando momentos de alegria seguidos de tristeza, certa melancolia e pela sensação de não ser capaz ou de conseguir cuidar do bebê. Costuma ter seu início a partir da primeira semana depois do parto. Esse quadro de humor não é uma doença, uma vez que está associado às adaptações necessárias relacionadas à chegada do bebê na família, podendo acometer mulheres e, também, homens ou cuidadores do bebê. Esse quadro é compreendido como benigno, pois costuma ter duração autolimitada, em média de um a três meses, seguido da regressão dos sintomas. Muitos dos sintomas da tristeza materna são processos adaptativos e, ao se acostumar à nova rotina, a mulher (ou cuidador) volta ao humor normal sem tratamento.

Causas: O puerpério está associado a mudanças hormonais, físicas, psicológicas, afetivas e sociais que a mulher experiencia. Ele pode ser considerado um período de risco para a Saúde Mental da mulher, uma vez que necessita adaptar-se ao novo papel e às novas responsabilidades, assim como lidar com as transformações corporais, a privação de sono e mudanças no relacionamento conjugal e em sua rede social, além de entrar em contato com o bebê real, muitas vezes contrapondo-se à imagem do bebê ideal que foi construída durante a gestação.

A alteração de humor é coerente com a tarefa de reorganizar a vida e pode causar sofrimento às puérperas e aos cuidadores próximos ao bebê. A chegada de um bebê pode ser uma experiência transformadora para a mulher e à nova família em formação, trazendo alegrias e sentimentos de realização, porém frequentemente são experienciadas angústias, medos e inseguranças relacionadas com mudanças internas e externas. Em caso dos sintomas perseverarem e prejudicarem a funcionalidade da mulher e/ou cuidador, veja o tópico “DEPRESSÃO PÓS-PARTO”.

Sinais e sintomas:

- ✓ Irritabilidade;
- ✓ Indisposição;
- ✓ Tristeza, intercalada com momentos de alegria e satisfação;
- ✓ Insegurança;
- ✓ Mudanças bruscas de humor;
- ✓ Baixa autoestima;
- ✓ Sensação de incapacidade de cuidar do bebê e outros.

Os sintomas costumam desaparecer espontaneamente e não é necessário tratamento médico para essa condição.

É importante o acolhimento e o fortalecimento da rede de apoio para os cuidados com o bebê.

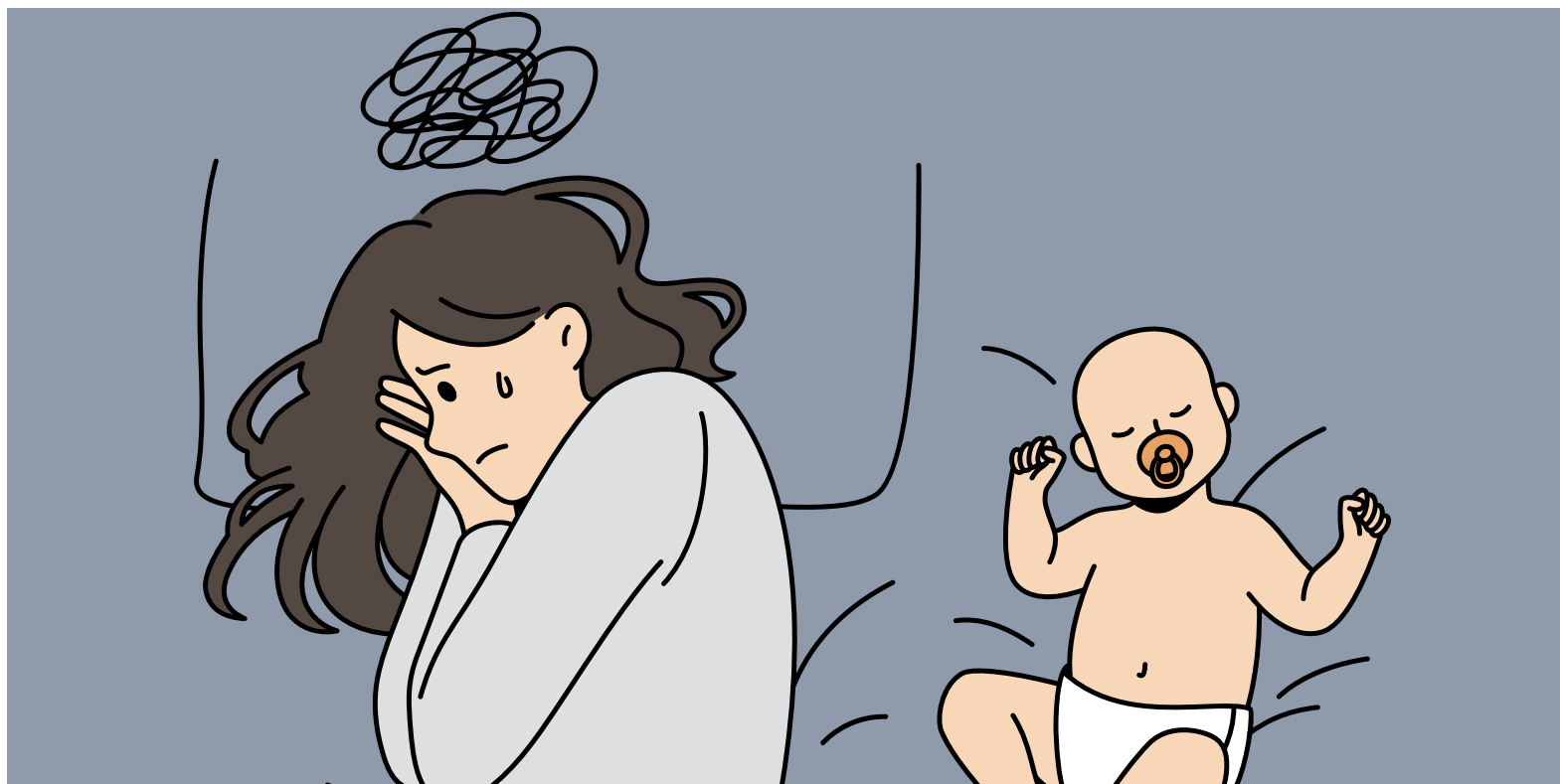


DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Descrição: a Depressão Pós-Parto (DPP) é um quadro moderado à grave de tristeza que pode envolver ideação suicida ou homicida e ocasionar doenças psicossomáticas. As depressões podem acometer qualquer pessoa ao longo do ciclo de vida, no entanto, o que difere a DPP é o contexto em que ela acontece: a chegada do bebê. Mães (ou cuidadores) deprimidos podem ser menos afetuosos com seu bebê e ter dificuldades em cuidar adequadamente e não satisfazer necessidades básicas do bebê. Essa condição é identificada majoritariamente em mulheres, com prevalência estimada de 10% a 20% das mulheres, mas também pode acontecer com o pai e/ou cuidador do bebê. Pode iniciar a partir da primeira semana do parto e perdurar até dois anos. Difere da tristeza materna (Baby blues), pois o quadro não costuma regredir sem apoio profissional e implica comprometimentos da funcionalidade da pessoa. O tempo de duração da DPP vai depender do tratamento e das intervenções psicossociais.

Causas: não há uma causa única ou geral para a DPP, mas pode-se avaliar alguns fatores de risco para mulheres:

- ✓ Presença de sintomas depressivos antes ou durante a gestação;
- ✓ Histórico de transtornos afetivos;
- ✓ Histórico de problemas de infertilidade;
- ✓ Que passaram situações difíceis na gestação;
- ✓ Sobreviventes de violência obstétrica;
- ✓ Desemprego;
- ✓ Ausência de suporte social;
- ✓ Histórico de luto;
- ✓ Bebê que apresenta anomalias;
- ✓ Gravidez precoce ou não planejada e/ou desejada;
- ✓ Casamento em decorrência da gravidez;
- ✓ Conflitos conjugais;
- ✓ Violência doméstica;
- ✓ Abuso de substância;



Sinais e sintomas:

- ✓ Humor deprimido;
- ✓ Ansiedade;
- ✓ Irritabilidade;
- ✓ Alteração de sono;
- ✓ Alteração de apetite;
- ✓ Mudanças bruscas de humor;
- ✓ Cansaço;
- ✓ Desânimo intenso;
- ✓ Perda da capacidade de sentir prazer;
- ✓ Desinteresse nas atividades do dia-a-dia;
- ✓ Sentimento de culpa e/ou inutilidade;
- ✓ Sensação de incapacidade de cuidar do bebê, ou desinteresse por ele;
- ✓ Presença de pensamentos de morte ou ideação suicida e/ou homicida.

Tratamento: A DPP requer acompanhamento médico e psicológico, e seu tratamento pode incluir psicoterapia e, em alguns casos, uso de medicamentos. É um momento de grande vulnerabilidade da mulher e que pode viver fortes sentimentos de culpa por não conseguir cuidar do bebê como espera. Fortalecer a rede social (amigos, família) é fundamental para o suporte à mulher com DPP para que se sinta amparada e cuidada.



DEPRESSÃO

Descrição: Esse transtorno psiquiátrico atinge pessoas de qualquer idade, mas normalmente se desenvolve em meados da adolescência, terceira ou quarta década de vida. É considerado um tipo de transtorno afetivo que provoca alterações mentais, corporais e perturbação de humor. É um conjunto de sintomas que podem durar semanas, meses e perdurar por anos, interferindo de forma significativa na vida pessoal, social e profissional do indivíduo.

Causas:

- ✓ A causa exata é desconhecida. Mas provavelmente envolve fatores genéticos, bioquímicos, psicológicos e sociofamiliares;
- ✓ O desânimo sem fim é fruto de desequilíbrios na bioquímica cerebral, como a diminuição na oferta de neurotransmissores como a serotonina, ligada à sensação de bem-estar.

Sinais e sintomas:

- ✓ **No humor:** tristeza a maior parte do dia por pelo menos 14 dias é o sintoma central. Pode haver irritabilidade, apatia, culpa, descontentamento geral, desesperança, mudança de humor, perda de interesse ou prazer nas atividades, solidão, tédio ou sofrimento emocional, é comum comorbidade com ansiedade;
- ✓ **No comportamento:** agitação, automutilação, choro excessivo, inquietação, lentificação psicomotora ou isolamento social;
- ✓ **No sono:** despertar precoce (mais comum), sonolência excessiva, insônia ou sono agitado;
- ✓ **Na cognição:** falta de concentração, dificuldades com a memória, lentidão durante atividades ou pensamentos suicidas;
- ✓ **No corpo:** cefaleia, epigastralgia, tensão muscular, fadiga, ganho ou perda de peso, fome excessiva ou falta de apetite.

Exames complementares:

- ✓ Hemograma;
- ✓ Provas da função tireoidiana, renal, hepática;
- ✓ Teste de gravidez;
- ✓ Eletrocardiograma;
- ✓ Eletroencefalograma;
- ✓ Dosagem de vitamina D e vitamina B12.



Diagnóstico:

- ✓ Quadro clínico;
- ✓ Utilizar Cartão Babel.

Tratamento:

- ✓ Psicoeducação;
- ✓ Psicoterapia;
- ✓ Psicofármacos;
- ✓ Matriciamento;
- ✓ Avaliação do risco de suicídio, casos mais graves demandam vigilância e podem requerer a internação em ambiente hospitalar;
- ✓ Reavaliar após 01 (uma) semana ou antes em caso de ideação suicida.

Diagnóstico diferencial:

- ✓ Distinguir a depressão patológica daquela tristeza transitória provocada por acontecimentos desagradáveis, inerentes à vida de todas as pessoas, como por exemplo a morte de uma pessoa, uma decepção amorosa, desentendimentos familiares e dificuldades econômicas etc. Pessoas sem a doença que passam por adversidades sofrem, entristecem-se, mas encontram uma forma de superá-las;
- ✓ Nos quadros de depressão efetivamente, a tristeza e o desânimo não dão trégua, mesmo que haja uma causa aparente, desaparece o interesse pelas atividades que proporcionam prazer e sensação de bem-estar;
- ✓ No diagnóstico da depressão levam-se em conta: sintomas psíquicos, fisiológicos e evidências comportamentais.





SUICÍDIO

Descrição: o suicídio é um fenômeno multifatorial que pode ser resultado de uma complexa interação de fatores psicológicos, sociais, culturais e ambientais. É um ato individual que pode ser entendido como o desfecho de um processo complexo.

Cerca de 800 mil pessoas cometem suicídio anualmente, o que equivale a dizer que a cada 40 segundos uma pessoa comete suicídio no mundo e a cada 3 segundos uma pessoa atenta contra a própria vida. Cada suicídio tem um sério impacto em pelo menos outras 6 pessoas e traz impactos psicológicos, sociais e financeiros imensuráveis para a família e à comunidade.

No Brasil, são registrados cerca de 12 mil suicídios todos os anos, ocupando a 8ª posição no ranking mundial de suicídio. Em 2019, Roraima ocupou a segunda posição no ranking nacional de suicídios, e apresenta uma taxa de mortalidade de 8,7 por 100 mil habitantes. Estudos sobre comportamento suicida, no estado, indicaram um risco de suicídio 74% maior entre indígenas, quando comparados a não indígenas (BRASIL, Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Volume 52, set. 2021).

O suicídio é atualmente uma questão de saúde pública e todos os profissionais de saúde devem receber treinamento para lidarem com esse tipo de situação.

Em 2014, a OMS publicou documento sobre prevenção no qual descreve comportamento suicida como o conjunto de diversos comportamentos que inclui pensamentos (ideação), planejamento e tentativa de suicídio.

Causas:

Não existe explicação universal para o suicídio, mas é importante levar em conta fatores internos (relacionados à história de vida do sujeito e/ou a presença de transtornos mentais), precipitantes (normalmente externos ao sujeito e atuais) e o contexto sociocultural do ato.

Fatores de risco:

Os principais fatores de risco são presença de transtorno mental e tentativa prévia de suicídio. Também é importante considerar na avaliação contextual fatores relacionados às seguintes dimensões:

- ✓ Sistema de saúde: barreira ao acesso e disponibilidade de serviços de Saúde Mental no território;
- ✓ Societários: acesso aos meios, mídia, estigma;
- ✓ Comunitários: aculturação e deslocamento, discriminação, trauma ou abuso;
- ✓ Interpessoal: sensação de isolamento, falta de apoio social, conflitos e perdas;
- ✓ Individual: tentativa anterior de suicídio, presença de transtornos mentais, idade, gênero, acontecimentos na infância, histórico familiar de suicídio, doenças crônicas não psiquiátricas, perda de emprego ou financeira e presença de sentimentos “4D” (depressão, desesperança, desamparo e desespero).

Grupos socialmente marginalizados, excluídos e estigmatizados têm mais risco para o suicídio, como transgêneros, lésbicas e gays, populações indígenas e negras, refugiados e migrantes.



Desde 2017, o estado de Roraima tem recebido intenso e crescente fluxo de migrantes e refugiados venezuelanos por conta da crise econômica e política vivida no país de origem. É preciso considerar que o contexto migratório em si não é fator de risco à Saúde Mental, mas as condições em que o deslocamento é realizado e a chegada no país de acolhida podem trazer desafios aos indivíduos. Alguns fatores a serem considerados na avaliação para esse contexto são:

- ✓ Incerteza sobre o futuro e o pedido de asilo/residência;
- ✓ Desafios relacionados à aculturação e ao stress cultural;
- ✓ Falta de conhecimento sobre o sistema de saúde do país de acolhida;
- ✓ Dificuldade com a integração social: exclusão, domínio pobre da língua, isolamento social e desemprego;
- ✓ Mudanças nos papéis sociais, familiares e de gênero;
- ✓ Barreiras ao acesso aos cuidados em saúde;
- ✓ Expectativas culturais sobre profissionais de saúde e crenças sobre Saúde Mental.

Fatores de proteção:

Compreender os fatores de proteção e investir neles auxilia na intervenção e na prevenção do suicídio:

✓ Relacionamentos pessoais fortes:

Amigos e familiares podem ser uma fonte significativa de apoio social, emocional e financeiro e podem amortecer o impacto de estressores externos.

✓ Estratégias positivas de enfrentamento:

Uma capacidade de adaptação positiva, estilo de vida saudável, boa autoestima e uma autoidentidade desenvolvida ajudam a lidar com as dificuldades da vida.

✓ Sistema de crenças pessoais:

Refere-se às ideias, pensamentos e valores que dão sentido singular às vivências da pessoa e orientam suas escolhas na vida. Cabe refletir que a fé pode ser um fator de proteção, no entanto, muitas crenças e comportamentos religiosos podem contribuir para o estigma em relação ao suicídio, o que pode desencorajar a busca por ajuda.





Crise suicida:

Na crise suicida o indivíduo pode apresentar os seguintes aspectos psíquicos:

✓ Ambivalência:

Há o desejo de eliminar a dor ao mesmo tempo que apresenta o desejo de viver. A pessoa costuma relatar uma pequena esperança. **Trabalhar o desejo de vida será um dos principais fatores da prevenção.**

✓ Impulsividade:

Pode estar relacionado a uma crise ou algo negativo que ocorreu. O impulso para o ato pode ser transitório. Por isso, é importante manter, a partir de certo nível de intencionalidade, o acompanhamento integral.

✓ Rigidez/Construção:

O pensamento passa a ser tudo ou nada. Pode parecer que o suicídio é a única solução. A pessoa tem muita dificuldade para visualizar alternativas para aliviar suas dores.

Avaliação e manejo do comportamento suicida:

Na avaliação do profissional de saúde, sempre que houver manifestação de ideação suicida, é necessária a avaliação detalhada do grau do risco de suicídio e da intenção suicida. Esta é investigada através da verificação da presença de planos e métodos para o ato.

Na avaliação da intencionalidade suicida é importante considerar todo o contexto.

✓ Quando perguntar?

Quando a pessoa tem o sentimento de estar sendo compreendida, ou está confortável falando sobre seus sentimentos, ou está falando sobre sentimentos negativos de solidão, desamparo, entre outros.

✓ Como perguntar?

Não é fácil perguntar para uma pessoa sobre sua ideação suicida. **Ajuda se você chegar gradualmente;**

Mais importante que saber como intervir, é **saber escutar com atenção e sem julgamentos;**

O estabelecimento do **vínculo de confiança** é imprescindível para o manejo e para a prevenção;

É preciso que o paciente se sinta acolhido, respeitado e não julgado.





✓ O que perguntar?

As perguntas a seguir são algumas sugestões que podem ser adaptadas para explorar os sentimentos de seu paciente e avaliar com ele sua situação. Pode-se iniciar com perguntas mais abertas e seguir para perguntas mais específicas:

- ✓ Como você se sente?
- ✓ Você sente que ninguém se preocupa com você?
- ✓ Você sente que a vida não vale mais a pena de ser vivida?
- ✓ Você já pensou em fazer mal a você mesmo?
- ✓ Já pensou que seria melhor morrer?
- ✓ Como são esses pensamentos? Quando eles iniciaram?
- ✓ Já pensou em tirar a própria vida? Esses pensamentos te assustam? Conseguem afastá-los?

✓ Você encontra razões para continuar vivo?

Uma vez construída a relação de confiança e compreendidos os fatores de risco e de proteção da pessoa, avalie a intencionalidade suicida e o contexto:

1. A pessoa tem um plano definido para cometer suicídio?
2. A pessoa tem os meios para se matar? Eles são facilmente disponíveis?
3. A pessoa fixou uma data? Para quando ela planejou fazê-lo?

Classificação de risco e ações necessárias:

✓ Baixo:

Paciente sem histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida, sem planejamento:

- ✓ Oferecer apoio emocional;
- ✓ Trabalhar com os sentimentos suicidas da pessoa;
- ✓ Focalize nos aspectos positivos da pessoa.





✓ Moderado:

Paciente com histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida frequente e persistente (o pensamento está presente por muito tempo), sem planejamento. Ausência de impulsividade ou abuso/dependência de álcool ou drogas.

- ✓ Explore alternativas ao suicídio;
- ✓ Faça um contrato de não suicídio. O objetivo é ganhar tempo até conseguir ajuda especializada ou até que as medidas tomadas comecem a dar resultado;
- ✓ Entre em contato com a rede de apoio (familiares, amigos e colegas) e oriente sobre medidas de prevenção ao suicídio e como impedir o acesso aos meios;
- ✓ Discuta o caso nas reuniões de matriciamento.

✓ Alto:

Paciente com histórico de tentativa prévia, apresentando ideação suicida frequente e persistente (o pensamento está presente por muito tempo), com planejamento e acesso à forma como planejou. Impulsividade, rigidez do propósito de se matar, desespero, delírio, alucinações, abuso/dependência de álcool ou drogas são fatores agravantes.

- ✓ Estar junto da pessoa. Nunca deixá-la sozinha;
- ✓ Gentilmente falar com a pessoa e remover pílulas, faca, arma, venenos e outros meios para o suicídio;
- ✓ Informar a família e reafirmar seu apoio;
- ✓ Encaminhar a serviço de atenção às emergências psiquiátricas.

Considerações:

É imprescindível que o trabalho seja de buscar resgatar com o paciente os desejos de vida que podem transformar, ou recriar, um novo sentido de existência. Construir subsídios emocionais de enfrentamento de situações de angústia da própria vida.

O sofrimento é individual e o sentido de existir também. Isso deve ser sempre lembrado durante o tratamento, durante o processo de apoio psicossocial dos pacientes em crise suicida ou pós tentativa.

A questão fundamental do suicídio talvez seja **que vida estou vivendo?**

E nosso trabalho fundamental enquanto profissionais de saúde pode ser trabalhar junto ao paciente a questão: **qual vida você quer viver daqui para frente?**

Nos casos de risco de suicídio, é mais adequado pecar pelo excesso de **cuidado**.







TRANSTORNOS MENTAIS SEVEROS E PERSISTENTES

São caracterizados pela gravidade clínica e a duração da doença, além do grau de sofrimento emocional, o nível de incapacidade laborativa e o prejuízo nas relações interpessoais, assim como na dinâmica familiar. Entre eles, temos esquizofrenia, transtornos psicóticos e transtorno afetivo bipolar e outras psicoses.

O diagnóstico precoce é o aspecto mais importante. Para o início rápido do tratamento, controle das crises e manutenção do tratamento farmacológico, com avaliação periódica semanal, quinzenal e mensal. A Atenção Primária contribui com os atendimentos em domicílio, assim como o vínculo criado entre os pacientes e a equipe facilita as intervenções.

Portanto, o apoio da rede municipal, capacitação, supervisão e apoio matricial de profissionais do Núcleo Apoio da Saúde da Família (NASF), e dos pontos de Atenção Secundária, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das equipes multiprofissionais especializadas em Saúde Mental é de suma importância.





TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

Descrição: É um transtorno do humor de longa duração, episódico, potencialmente grave e que algumas vezes pode cursar com sintomas psicóticos. Caracterizado principalmente pela oscilação de humor, que variam de períodos de comportamento extremamente “ascendentes”, exaltado e energizado (conhecido como episódios maníacos ou hipomaníacos, que duram no mínimo 7 dias ou menos se houver gravidade suficiente para internação) a períodos muito tristes, “baixos” ou sem esperança (conhecidos como episódios depressivos, que duram pelo menos 14 dias). É uma condição médica contínua para a vida toda, com episódios recorrentes que trazem grande impacto na vida do paciente reduzindo seu funcionamento e sua qualidade de vida.

Causas:

- ✓ A causa exata é desconhecida, porém a hereditariedade tem papel significativo;
- ✓ Há evidências de desregulação de serotonina e noradrenalina;
- ✓ Fatores psicossociais também podem estar envolvidos na eclosão ou virada de fase;
- ✓ Eventos de vida estressantes estão muitas vezes associados ao desenvolvimento inicial dos sintomas e exacerbações posteriores, ainda que causa e efeito não tenham sido estabelecidos.

Sinais e sintomas:

✓ *Episódio maníaco:*

- ✓ Autoestima inflada ou grandiosidade;
- ✓ Redução da necessidade de sono (sente-se descansado com apenas três horas de sono);
- ✓ Mais falador que o habitual ou pressão para continuar falando;
- ✓ Fuga de ideias ou experiência subjetiva de que os pensamentos estão acelerados;
- ✓ Distratibilidade (a atenção é desviada muito facilmente por estímulos externos insignificantes ou irrelevantes), conforme relatado ou observado;
- ✓ Aumento da atividade dirigida a objetivos (seja socialmente, no trabalho ou escola, seja sexualmente) ou agitação psicomotora (atividade sem propósito não dirigida a objetivos);
- ✓ Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (envolvimento em surtos desenfreados de compras, indiscrições sexuais ou investimentos financeiros insensatos);



- ✓ A perturbação do humor é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização a fim de prevenir dano a si mesmo ou a outras pessoas, ou existem características psicóticas;
- ✓ O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (droga de abuso, medicamento, outro tratamento) ou a outra condição médica;
- ✓ Nota: Um episódio maníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um episódio maníaco e, portanto, para um diagnóstico de transtorno bipolar tipo I.

✓ **Episódio hipomaníaco:**

- ✓ Um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou energia, com duração mínima de quatro dias consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias;
 - ✓ O episódio está associado a uma mudança clara no funcionamento que não é característica do indivíduo quando assintomático;
 - ✓ A perturbação do humor e a mudança no funcionamento são observáveis por outras pessoas;
 - ✓ O episódio não é suficientemente grave a ponto de causar prejuízo acentuado no funcionamento social ou profissional ou para necessitar de hospitalização. Existindo características psicóticas, por definição, o episódio é maníaco;
 - ✓ O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância (droga de abuso, medicamento, outro tratamento);
- ✓ **Nota:** Um episódio hipomaníaco completo que surge durante tratamento antidepressivo (medicamento, eletroconvulsoterapia), mas que persiste em um nível de sinais e sintomas além do efeito fisiológico desse tratamento, é evidência suficiente para um diagnóstico de episódio hipomaníaco. Recomenda-se, porém, cautela para que 1 ou 2 sintomas (principalmente aumento da irritabilidade, nervosismo ou agitação após uso de antidepressivo) não sejam considerados suficientes para o diagnóstico de episódio hipomaníaco nem necessariamente indicativos de uma diátese bipolar.

Exames complementares:

- ✓ Hemograma;
- ✓ Provas da função tireoidiana, renal, hepática;
- ✓ Teste de gravidez;
- ✓ Dosagens séricas de medicamentos (ácido valproico, lítio, carbamazepina);
- ✓ Eletrocardiograma;
- ✓ Eletroencefalograma.



Diagnóstico:

- ✓ Avaliar bem todos os sinais e sintomas;
- ✓ Os sinais e sintomas devem persistir por pelo menos 1 (uma) semana para episódio maníaco e duas semanas para episódio hipomaníaco;
- ✓ Pelo menos um episódio maníaco na vida é necessário para o diagnóstico de transtorno bipolar.

Tratamento:

- ✓ Psicoeducação;
- ✓ Psicoterapia;
- ✓ Psicofármacos;
- ✓ Na identificação do quadro agudo, contenção imediata dos sintomas através dos fármacos e avaliar necessidade de internação hospitalar para proteção do paciente, de terceiros ou de patrimônio;
- ✓ Matriciamento;
- ✓ Reavaliar após 01 (uma) semana.

Diagnóstico diferencial:

- ✓ Esquizofrenia;
- ✓ Quadros demenciais;
- ✓ Depressão;
- ✓ Uso de drogas (anfetaminas, cocaína, maconha, crack...);
- ✓ Hipertireoidismo.





ESQUIZOFRENIA

Descrição: É um transtorno mental caracterizado pela perda de contato com a realidade (psicose), alucinações (é comum ouvir vozes), falsas convicções (delírios), pensamento e comportamento atípico, redução das demonstrações de emoções, diminuição da motivação, uma piora da função mental (cognição) e problemas no desempenho diário, incluindo no âmbito profissional, social, relacionamentos e autocuidado.

Causas:

- ✓ São ainda desconhecidas, porém há consenso em atribuir a desorganização da personalidade à interação de variáveis culturais, psicológicas e biológicas, entre as quais destacam-se as de natureza genética.

Sinais e sintomas:

- ✓ Os primeiros sinais e sintomas aparecem mais comumente durante a adolescência ou início da idade adulta. Apesar de poder surgir de forma abrupta, o quadro mais frequente se inicia de maneira insidiosa;
- ✓ Falta de autocrítica (insight);
- ✓ Sinais pré-delirantes (ideias de autorreferência, perplexidade);
- ✓ Delírios (perseguição, influência etc.);
- ✓ Alucinações auditivas (comando, comentários em terceira pessoa etc.);
- ✓ Alucinações somáticas;
- ✓ Déficit da crítica;
- ✓ Afeto embotado;
- ✓ Ambivalência;
- ✓ Bloqueio ou irradiação do pensamento;
- ✓ Negativismo;
- ✓ Experiências de controle externo (sonorização do pensamento);
- ✓ Alterações psicomotoras (hipo ou hiperatividade).

- ✓ **Esquizofrenia simples:** isolamento social; superficialidade das respostas emocionais; distanciamento afetivo; perda de interesse e iniciativa;
- ✓ **Esquizofrenia catatônica:** quadro associado de sintomas psicomotores;
- ✓ **Esquizofrenia hebefrênica:** importante desagregação do pensamento; agitação psicomotora; risos imotivados; ausência de crítica;
- ✓ **Esquizofrenia paranoide:** alucinações, delírios persecutórios.

Exames complementares:

- ✓ Hemograma;
- ✓ Provas de função renal;
- ✓ Provas de função hepática;
- ✓ Testes de gravidez;
- ✓ Teste para HIV, sífilis, hepatites virais;
- ✓ CPK (na suspeita de Síndrome Neuroléptica Maligna);
- ✓ ECG;
- ✓ EEG;
- ✓ TC de crânio.

Diagnóstico:

- ✓ Avaliação clínica: combinação de história, sinais e sintomas;
- ✓ Presença de 2 sintomas característicos (delírios, alucinações, fala desorganizada, comportamento desorganizado, sintomas negativos) por um período significativa de um período de 6 meses (os sintomas devem incluir pelo menos um dos 3 primeiros);
- ✓ Sinais prodrômicos ou atenuados da enfermidade com prejuízos sociais, ocupacionais ou de cuidados pessoais devem ficar evidentes por período de 6 meses, incluindo 1 mês de sintomas ativos.

Tratamento:

- ✓ Psicoeducação;
- ✓ Psicoterapia;
- ✓ Psicofármacos;
- ✓ Matriciamento.



PSICOSE PUERPERAL

A psicose puerperal é um transtorno mental grave associado ao puerpério, envolvendo sintomas afetivos e psicóticos, usualmente têm início nas primeiras semanas após o parto. Enquanto na depressão pós-parto a mulher pode apresentar sentimentos de culpa, tristeza excessiva, dificuldades em executar as tarefas diárias e em criar vínculo com o bebê, na psicose puerperal a mulher pode apresentar sentimentos distorcidos em relação à realidade e ao bebê. É considerada rara, afetando de 0,1% a 0,2% das puérperas, e é considerada uma emergência médica, pois há risco para suicídio e infanticídio e geralmente requer internação hospitalar para contenção dos sintomas.

Causas:

O pós-parto é o período de maior vulnerabilidade para a mulher para o aparecimento de transtornos psiquiátricos. Uma possível causa é a sensibilidade às alterações endócrinas e hereditariedade. Entre os fatores de risco para psicose puerperal estão a primiparidade, complicações obstétricas, violência obstétrica, antecedentes pessoais ou familiares de transtornos psiquiátricos (transtorno afetivo-bipolar, depressão e outros transtornos psicóticos), conflitos atuais e gestação não desejada.

Sinais e sintomas:

- ✓ Estado confusional polimórfico com início abrupto, na ausência de síndrome infecciosa;
- ✓ As queixas iniciais mais comuns envolvem uma incapacidade de mover-se, ficar em pé ou caminhar;
- ✓ O desenvolvimento psicótico é agudo e rápido;
- ✓ Com frequência, o delírio nega o nascimento e a filiação. Num extremo, pode ocorrer o assassinato impulsivo;
- ✓ Fadiga;
- ✓ Inquietação;
- ✓ Agitação;
- ✓ Excitação;
- ✓ Episódios de choro;
- ✓ Instabilidade emocional;
- ✓ Desconfianças;
- ✓ Confusões;
- ✓ Incoerência, afirmações irracionais e preocupações obsessivas acerca da saúde e bem-estar do bebê, sentimento de que não o ama e, em alguns casos mais raros, desejo de feri-lo ou de ferir a si mesma ou a ambos;

- ✓ Pode se associar ou evoluir por fases com aspectos catatônicos, ansiosos, depressivos ou maníacos;
- ✓ É importante investigar a presença de comportamento negligente nos cuidadores com o bebê e a presença de ideias suicidas ou infanticidas. O infanticídio geralmente ocorre quando as ideias delirantes envolvem o bebê (por exemplo: que o bebê está defeituoso ou morrendo, que ele tem poderes especiais, ou que é um Deus ou um demônio).

Exames complementares:

- ✓ Hemograma;
- ✓ Provas de função renal;
- ✓ Provas de função hepática;
- ✓ EEG;
- ✓ ECG.



Diagnóstico:

- ✓ Avaliação clínica: combinação de história, sinais e sintomas.

Tratamento

- ✓ Psicoeducação;
- ✓ Psicoterapia;
- ✓ Psicofármacos;
- ✓ Matriciamento;
- ✓ Fortalecimento da rede de apoio (familiar, amigos e comunitária).



DEMÊNCIA

Descrição: É definida como uma síndrome consequente a uma doença cerebral, usualmente de natureza crônica ou progressiva, em que há comprometimento de numerosas funções corticais superiores, tais como a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem, a linguagem e o julgamento. A síndrome não está associada à obnubilação da consciência. O comprometimento das funções cognitivas se acompanha habitualmente e é por vezes precedido por uma deterioração do controle emocional, do comportamento social e da motivação (de acordo com a CID-10, da OMS).

Causas:

São possíveis causas tratáveis: déficit vitamínico (B1, B12, ácido fólico), infecções (encefalites, neurosífilis), intoxicação. Outras causas são a Doença de Alzheimer, Demência Vascular, Doença por corpos de Lewi, Hidrocefalia de Pressão normal.

Sinais e sintomas:

- ✓ Redução adquirida, progressiva e irreversível dos níveis previamente atingidos de cognição, memória e funcionamento emocional, principalmente caracterizados por alteração do comportamento, empobrecimento do pensamento e do discurso;
- ✓ Piora do humor;
- ✓ Piora da memória;
- ✓ Alteração do comportamento – pode ficar mais agitado, agressivo, hipersexualizado.

Exames complementares:

- ✓ Exames laboratoriais específicos para os possíveis agentes etiológicos;
- ✓ Reações sorológicas;
- ✓ Função endócrina;
- ✓ Função metabólica;
- ✓ ECG;
- ✓ LCR;
- ✓ TC de crânio.

Diagnóstico:

- ✓ Avaliação clínica: combinação de história, sinais e sintomas;

Tratamento:

- ✓ Psicoeducação;
- ✓ Psicoterapia;
- ✓ Psicofármacos;
- ✓ Matriciamento.



TRANSTORNOS ASSOCIADOS AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Caracterizam o abuso e a dependência de substâncias psicoativas que, quando utilizadas, alteram o funcionamento cerebral causando modificações no estado mental e psíquico mesmo durante os quadros de abstinência, estando relacionado a fatores de risco social, biológicos e psicológicos que aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos. Entre eles podemos citar os depressores do sistema nervoso central (SNC): álcool, benzodiazepínicos, opiáceos e inalantes; psicoestimulantes: anfetaminas e cocaína/crack; nicotina e alucinógenos: maconha, LSD, êxtase.

Devemos considerar a identificação do padrão de consumo da bebida alcoólica e outras drogas, a detecção precoce de riscos e os problemas relacionados, demonstrar as consequências clínicas, psicológicas e sociais associadas. Em virtude da aceitação social de algumas substâncias utilizadas pela população, faz-se necessária a busca ativa desse uso. Sugerimos questionar todos os pacientes sobre o uso de bebida alcoólica, cigarro e perguntar diretamente sobre a experimentação de outra substância, como forma de abordar o padrão de consumo de maneira mais natural e sem julgamento. Com muita frequência o uso de substâncias pode desencadear adoecimento, assim como agravar suas manifestações físicas e mentais. Portanto, pergunte e sugira a interrupção do uso mostrando as vantagens de uma vida sem vícios.





SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL

Descrição: A OMS estabeleceu os elementos para a caracterização deste transtorno, a saber:

- ✓ Estreitamento do repertório: no começo, há variabilidade quanto aos horários, quantidades e tipos de bebidas; na medida em que o usuário se torna mais dependente, o consumo passa a ser diário e em quantidades crescentes, não se importando com a inadequação das situações;
- ✓ Saliência do comportamento de busca do álcool: há priorização do ato de beber, inclusive em situações como local de trabalho, na direção de veículos etc.;
- ✓ Aumento da tolerância ao álcool: necessidade de doses crescentes de álcool para se obter o mesmo efeito que era conseguido com doses menores;
- ✓ Sintomas repetidos de abstinência: os sintomas de tremor intenso e de alucinações ocorrem nas fases mais severas da dependência; no início da síndrome, os sintomas são leves e não causam maior incapacitação. São identificados três grupos de sintomas:
 - ✓ Físicos: tremores, náuseas e vômitos, sudorese, cefaleia, câimbras, tonturas;
 - ✓ Afetivos: irritabilidade, fraqueza, ansiedade, depressão, inquietude;
 - ✓ Sensoperceptivos: pesadelos, delírios, alucinações visuais, auditivas;
- ✓ Sensação subjetiva da necessidade de beber: há pressão psicológica para beber, na busca de alívio dos sintomas de abstinência;
- ✓ Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo beber: admissão pelo usuário de que o ato de beber pela manhã o faz sentir-se melhor – sintoma muito presente nas fases mais graves da dependência;
- ✓ Reinstalação após abstinência: após longo período de abstinência, assim que o ato de beber é retomado, reassume-se o mesmo padrão anterior de dependência.

Tratamento:

- ✓ Psicoeducação;
- ✓ Psicoterapia;
- ✓ Psicofármacos;
- ✓ Matriciamento.



SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA AO ÁLCOOL (SAA)

Descrição: Trata-se de condição associada à redução ou suspensão do ato de beber naquelas pessoas em que a ingestão de álcool era excessiva. É influenciada por uma série de fatores, como vulnerabilidade genética, gênero e padrão de consumo, características biológicas individuais e fatores socioculturais, entre outros. As complicações mais graves são convulsões, alucinação alcoólica e delirium tremens.

Sinais e sintomas:

- ✓ **Nível I:** Trata-se da SAA leve e moderada. Ela aparece nas primeiras 24 horas após a última dose. Instala-se em 90% dos usuários e cursa com agitação, ansiedade, tremores finos de extremidades, alteração do sono, da sensopercepção, do humor, do relacionamento interpessoal, do apetite, sudorese em surtos, aumento da frequência cardíaca, pulso, temperatura e pressão arterial. Alucinações são raras.
- ✓ **Nível II:** É a SAA grave. Cerca de 5% dos usuários evoluem do nível I para o II. Isso se dá cerca de 48 horas depois da última dose de álcool ingerida. Os sinais autonômicos são mais intensos, os tremores generalizados, apresentam alucinações auditivas e visuais e desorientação têmporo-espacial. Em um estágio ainda mais grave, cerca de 3% dos usuários do nível II chegam ao delirium tremens após 72 horas da última dose. O delirium tremens piora ao entardecer. Há riscos com sequelas e morte entre aqueles que não recebem tratamento. Por volta de 10% a 15% desses apresentam convulsões do tipo grande mal. Esta psicose orgânica é reversível, dura de 2 a 10 dias, cursa com despersonalização, alucinações visuais, humor intensamente disfórico, alternando da apatia até a agressividade. Deve-se fazer diagnóstico diferencial com traumatismo craniano, AVC, infecções neurológicas, doenças epileptiformes, pneumonia e infecção do trato urinário em idosos.

Exames complementares:

- ✓ Hemograma (VCM);
- ✓ Provas de função hepática;
- ✓ Colesterol;
- ✓ Glicose;
- ✓ Eletrólitos (magnésio costuma estar baixo);
- ✓ Dosagem de Vitamina B12;
- ✓ Exames de imagem.

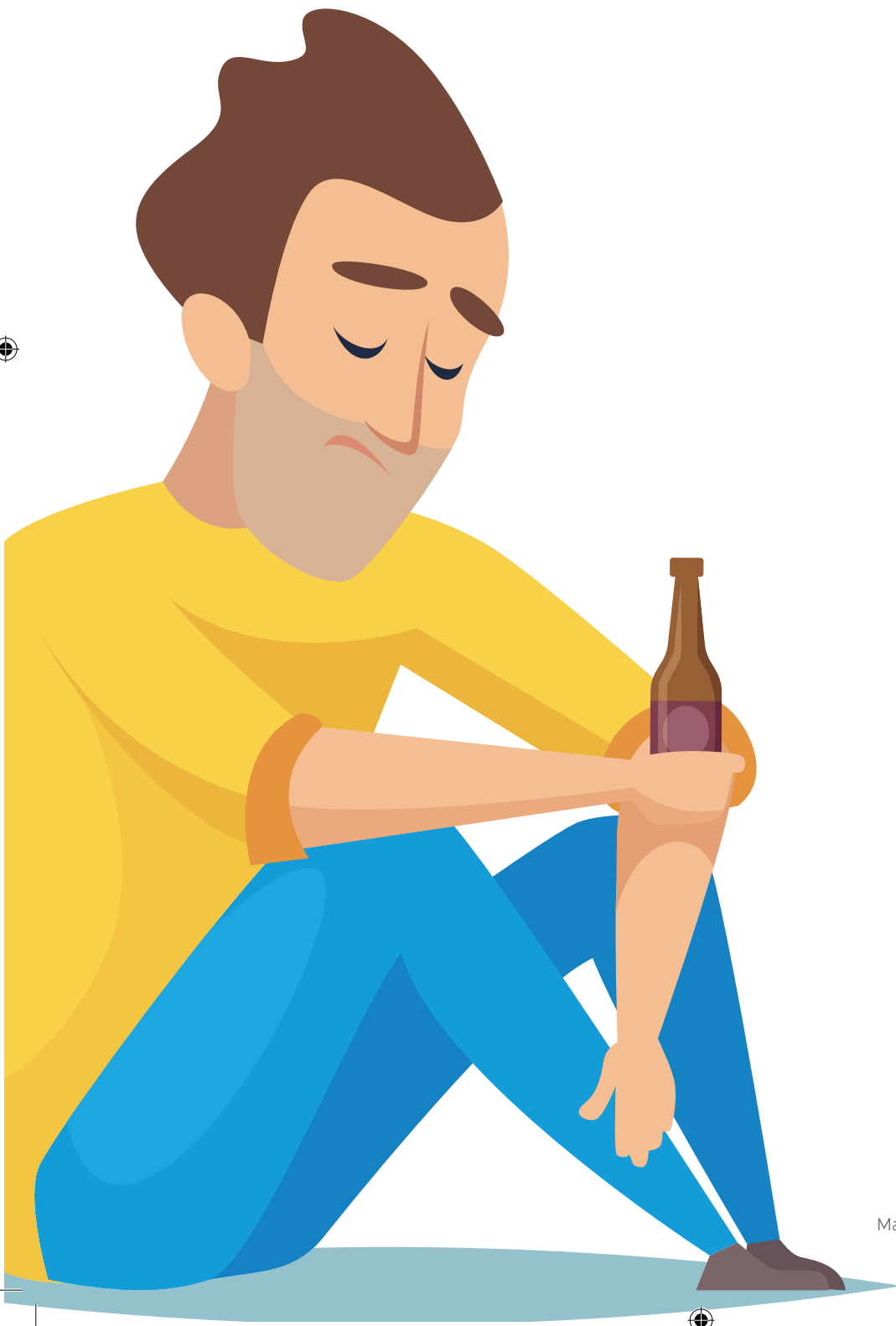



Diagnóstico:

- ✓ Anamnese: história sobre o uso do álcool;
- ✓ Quadro clínico instala-se 6 horas após a diminuição ou a interrupção do uso do álcool;
- ✓ Exames complementares.

Tratamento:

- ✓ Psicoeducação;
- ✓ Psicoterapia;
- ✓ Psicofármacos.





TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Descrição: Estado psíquico e algumas vezes físico resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância, caracterizado por modificações de comportamento e outras reações que sempre incluem um impulso a utilizar uma substância de modo contínuo ou periódico, com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos e, algumas vezes, evitar o desconforto da privação. A tolerância (estado de adaptação de um organismo a uma substância) pode estar presente ou não, conforme definição de dependência da OMS.

Diagnóstico:

- ✓ Exame clínico;
- ✓ Exame neurológico;
- ✓ Exame psiquiátrico.

Cada classe de drogas tem riscos potenciais específicos para desenvolvimento de lesões orgânicas, maior suscetibilidade a patologias infecciosas, metabólicas, cardiovasculares e hepáticas devidas também ao modo de vida.

- ✓ Exames laboratoriais básicos: bioquímica sanguínea (eletrólito, glicose, provas de função hepática, provas de função renal, hemograma, colesterol, Gama GT).

Tratamento:

- ✓ Psicoeducação;
- ✓ Psicoterapia;
- ✓ Psicofármacos.



ALTERAÇÕES NA SAÚDE MENTAL QUE SE MANIFESTAM NA INFÂNCIA E/OU NA ADOLESCÊNCIA

Grupo heterogêneo de transtornos, ocorrendo durante a infância e/ou adolescência. Algumas dessas afecções constituem síndromes bem definidas, enquanto outras são simples associações de sintomas com alteração do funcionamento psicossocial.

Neste grupo, é importante ter em mente intervenções básicas que promovam o desenvolvimento físico e psicológico saudável da criança e do adolescente. Sugerem-se estratégias de prevenção que englobem o apoio ao aleitamento materno e aos cuidados maternos primários para o reforço e estabelecimentos dos vínculos familiares, escolares e comunitários. É importante também o diagnóstico precoce de Autismo, do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade, da Depressão e Ansiedade, além da identificação dos riscos para contato precoce com substâncias químicas e álcool e suas complicações, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e gravidez precoce, e estímulo à prática de atividade física e alimentação saudável.



TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE

Descrição: O Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico, de causas genéticas, que aparece na infância e frequentemente acompanha o indivíduo por toda a sua vida. Esse quadro é marcado pela presença da tríade sintomática: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Início antes dos 7 anos de idade.

Causas

- ✓ Hereditárias;
- ✓ Substâncias ingeridas na gravidez;
- ✓ Sofrimento fetal;
- ✓ Exposição ao chumbo.

Classificação:

- ✓ TDAH com predomínio de sintomas de desatenção;
- ✓ TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/ impulsividade;
- ✓ TDAH combinado.

Sinais e sintomas:

- ✓ **Relacionados à desatenção:** dificuldades para concentração; não estar atento ao que é dito; dificuldades em seguir normas e instruções; atenção desviada por outras atividades; desorganização; não encerrar o que começa; dificuldades em manter atenção em tarefas ou atividades lúdicas; esquecer e perder materiais na escola etc.
- ✓ **Relacionados à hiperatividade:** remexer mãos e/ou pés quando sentado; inquietude; fala em demasia; agitação; frequentemente se intromete em assuntos de outras pessoas etc.
- ✓ Cerca de 50% das crianças persistem com sintomas até a fase adulta e é importante destacar que normalmente não se observam alterações de humor.

Diagnóstico:

Quadro clínico.

Encaminhar para o serviço de atenção secundária de sua referência

Critérios de alta do serviço de atenção secundária para UAP


Os usuários que estiverem com quadro clínico estabilizado e em atendimento médico com intervalo regular, com suporte de psicoterapia, de acordo com a necessidade individual, e terapia do grupo familiar.

Tratamento

- ✓ Psicoeducação;
- ✓ Psicoterapia;
- ✓ Psicofármacos.

TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO





Descrição: São condições clínicas de início na primeira infância e com curso crônico. Os transtornos globais do desenvolvimento, ou transtornos invasivos do desenvolvimento, que correspondem à denominação atual de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), exigem descrições múltiplas e envolvem alterações qualitativas da experiência subjetiva, dos processos cognitivos, da comunicação (linguagem) e do comportamento. Segundo a CID-10, esse grupo de transtornos se caracteriza por alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e modalidades de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restritos, estereotipado e repetitivo. Essas alterações qualitativas constituem uma característica global do funcionamento do sujeito, em todas as ocasiões.

Classificação (segundo a CID-10)

- ✓ Autismo infantil;
- ✓ Autismo atípico;
- ✓ Síndrome de Rett;
- ✓ Outro transtorno desintegrativo da infância;
- ✓ Transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados;
- ✓ Síndrome de Asperger;
- ✓ Outros transtornos globais do desenvolvimento;
- ✓ Transtornos globais não especificados do desenvolvimento.

Comorbidades:

- ✓ Epilepsia e outros quadros neurológicos;
- ✓ Depressão e ansiedade;
- ✓ Retardo mental.

Diagnósticos diferenciais:

- ✓ Retardo mental (deficiência intelectual);
- ✓ Distúrbios específicos de linguagem (DEL);
- ✓ Mutismo seletivo;
- ✓ Depressão;
- ✓ Transtorno reativo de vinculação;
- ✓ Surdez.

Sinais e sintomas:

- ✓ Comprometimento das interações sociais recíprocas (falta de resposta para as emoções de outras pessoas e/ou falta de modulação do comportamento no contexto social);



- ✓ Comprometimento qualitativo na comunicação (nas habilidades e expressões de linguagem, na conversação interpessoal, ausência de criatividade nos processos de pensamento, pobre resposta verbal ao contato de outras pessoas);
- ✓ Comportamento restrito, estereotipado e repetitivo, vinculação a objetos tipicamente “não macios”, resistência a mudanças na rotina ou de detalhes do meio ambiente como móveis; intolerância a sons altos ou barulhos.
- ✓ Medos/fobias, perturbações de sono e alimentação, ataques de birra e agressão, autolesão (por exemplo: morder o punho);
- ✓ Retardo mental em 3/4 dos casos.

Diagnóstico:

- ✓ Anamnese e história clínica realizada por equipe multiprofissional;
- ✓ Embora o diagnóstico definitivo dos transtornos do espectro do autismo só possam ser firmados após os três anos de idade, a identificação de risco para os TEA pode e deve ser feita precocemente.

Tratamento:

- ✓ Psicoeducação;
- ✓ Psicoterapia;
- ✓ Psicofármacos;
- ✓ Análise do Comportamento Aplicada (Applied Behavioral Analysis – ABA);
- ✓ Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA);
- ✓ TEACCH – Tratamento e Educação para crianças com Transtornos do Espectro do Autismo.



TRANSTORNOS ALIMENTARES

ANOREXIA NERVOSA

Descrição: Caracterizada por perda de peso intencional, induzida e mantida pelo usuário, estando associada a uma psicopatologia específica, compreendendo uma intrusão persistente de uma ideia supervalorizada (de acordo com a CID-10, da OMS): o medo de engordar e de ter uma silhueta arredondada.

Alta comorbidade com depressão. Classificada em 2 (dois) tipos:

- ✓ **Anorexia nervosa restritiva:** usuários promovem restrição alimentar associada a excesso de exercícios físicos;
- ✓ **Anorexia nervosa compulsão periódica/purgativa:** usuários que adotam comportamentos qualificados como purgativos, a saber, vômitos autoinduzidos, uso abusivo de laxantes ou de enemas para promoção de diarreia, de diuréticos etc.

Usuários demonstram comportamentos hostis quando questionados sobre seus hábitos alimentares; demonstram medo intenso de se tornarem obesos, com recusa alimentar levando à caquexia, negativa em manter o peso acima do mínimo considerado normal para a idade e estatura (critério de peso sugerido pela OMS para critério de anorexia nervosa: peso corpóreo < 85% que o peso esperado ou IMC < 17.5 kg/m²), frequente distorção da imagem corporal. Dentre os fatores que contribuem para o desenvolvimento do transtorno estão as pressões culturais nas sociedades industrializadas (figura feminina esbelta, pré-púbere).


Ocorrem disfunções endócrinas (em mulheres, amenorreia; em homens, perda da libido).

Exames complementares recomendados:

Bicarbonato, cloro e potássio (excesso de vômitos pode causar alcalose metabólica); ureia (desidratação); FSH; LH; pesquisa de sangue oculto nas fezes (abuso de laxantes); ECG (prolongamento do intervalo QT; taquiarritmias); ecocardiograma (redução do DC, da massa muscular e das dimensões cardíacas).

Tratamento:

- ✓ Orientações dietéticas: reposição gradual de peso; uso de vias de alimentação enteral e parenteral estão reservadas para situações de maior gravidade e onde não há colaboração do usuário;
- ✓ Psicoterapia;
- ✓ Orientação aos familiares;
- ✓ Terapia medicamentosa.



BULIMIA NERVOSA

Síndrome caracterizada por acessos repetidos de hiperfagia e uma preocupação excessiva com relação ao controle do peso corporal, conduzindo a uma alternância entre hiperfagia e vômitos ou uso de purgativos (de acordo com a CID-10, da OMS). Colaboram na etiologia pressões culturais nas sociedades industrializadas e deficiência de serotonina. Abuso físico ou sexual pode ser um fator de risco.

Episódios recorrentes de comer compulsivo (binge eating), sentimento de falta de controle sobre o comportamento durante o episódio, com comportamento compensatório inadequado e recorrente para evitar o ganho de peso (uso de laxantes, diuréticos, indução de vômito, jejuns e exercícios físicos).

Preocupação persistente e exagerada com forma física e peso.

Sinais físicos:

- ✓ Face de esquilo (por hipertrofia das glândulas salivares);
- ✓ Sinal de Russel (abrasões, calos ou cicatrizes nas costas da mão usada para induzir vômitos).

Exames complementares recomendados:

Bicarbonato, cloro e potássio (excesso de vômitos pode causar alcalose metabólica); pesquisa de sangue oculto nas fezes (abuso de laxantes).

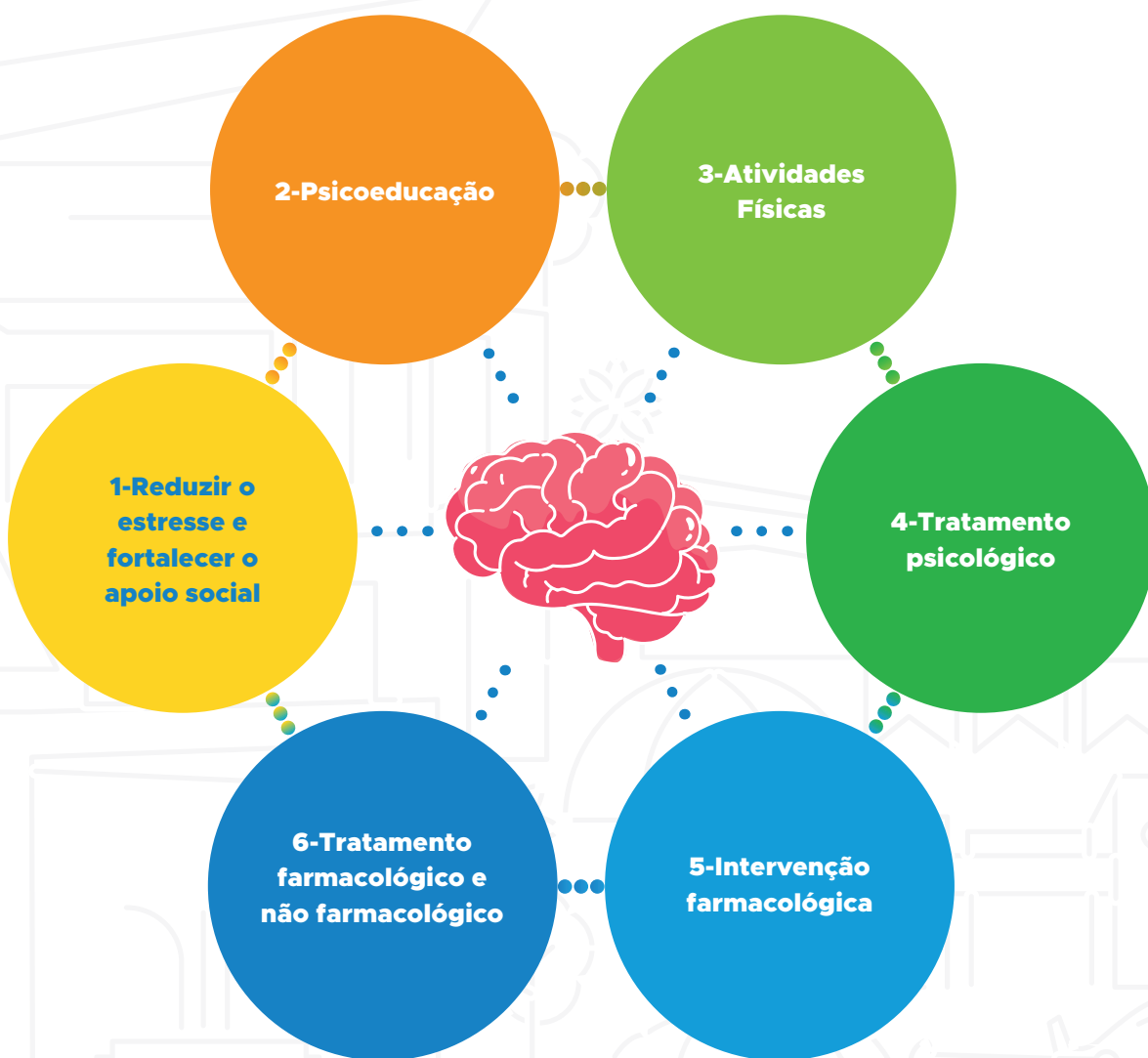
Tratamento:

- ✓ Psicoeducação;
- ✓ Psicoterapia;
- ✓ Psicofármacos;
- ✓ Orientações dietéticas.



TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO





1. Manejo do estresse

O relaxamento e a visualização são técnicas na Psicologia da Saúde que visam ajudar os pacientes no manejo do estresse através de reeducação, mudança de atitude e reprogramação mental, visando a redução de estresse (Nunes, 2005). A mente, através dos pensamentos, imagens, crenças, memórias e emoções, pode alterar a estrutura bioquímica e o sistema nervoso, sendo esta interação constante e involuntária.

O estresse, além de afetar a mente, pode também provocar tensão muscular, queda de cabelo, tontura e dor de cabeça frequente, podendo se manifestar em pessoas de todas as idades, sendo por isso muito importante seguir algumas técnicas de relaxamento, de forma a prevenir estes sintomas ou o agravamento de doenças já existentes.

Existem vários tipos de meditação:

- ✓ **Meditação guiada:** com este método de meditação, deve-se formar imagens mentais de lugares ou situações que se considerem relaxantes. Para isso, devem-se usar os sentidos através de cheiros, sons, imagens e texturas, podendo ser ou não guiada por um profissional;
- ✓ **Mantra:** neste método de meditação, repete-se lentamente uma palavra, frase ou pensamento que ajude a acalmar, de forma a evitar distrações;
- ✓ **Mindfulness:** este tipo de meditação baseia-se em ter uma maior consciência e aceitação de viver no momento presente. Deve ser feito numa posição confortável, vivendo apenas o momento presente, e caso surja algum sentimento ou preocupação, deixar passar sem focar nele, julgar ou fazer planos.
- ✓ **Qigong:** esta técnica normalmente combina meditação, relaxamento, movimento físico e exercícios de respiração para restaurar e manter o equilíbrio;
- ✓ **Tai chi:** este é um tipo de meditação com artes marciais chinesas em que se realizam lentamente determinadas posturas e movimentos, enquanto se respira profundamente;
- ✓ **Yoga:** são realizadas posturas e exercícios de respiração com música relaxante para promover um corpo mais flexível e uma mente calma. À medida que a pessoa se move através de poses que exigem equilíbrio e concentração, concentra-se menos em seu dia agitado e mais no momento.

Idealmente, para praticar estas técnicas deve-se escolher um local sossegado, posições confortáveis e sobretudo ter uma atitude positiva.



2. Psicoeducação

É uma intervenção psicoterapêutica que engloba o desenvolvimento social, emocional e comportamental do sujeito, sendo que o profissional atua como agente de mudanças, fornecendo assistência às habilidades adquiridas e propiciando ao indivíduo desenvolver pensamentos, ideias e reflexões sobre si e os diversos fatores que envolvem seu transtorno, permitindo que ele seja sujeito de sua própria história.

É importante destacar que o uso da psicoeducação no âmbito da saúde engloba não somente a Psicologia, mas também envolve outros enfoques disciplinares, visto que a saúde também permeia os aspectos comportamentais, emocionais e sociais. Nesse sentido, a psicoeducação se faz por um modelo cuja interdisciplinaridade é uma ferramenta necessária para a intervenção, inclusive, cumprindo com o princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

A intervenção psicoeducacional é importante para dar suporte e apoio ao cuidador. O que se pode destacar é que os estudos enfocam os cuidadores como sendo, principalmente, familiares do paciente, visto que estes também poderiam se beneficiar com a psicoeducação.

Você sabia que as atividades e hábitos diários, especialmente antes do momento de dormir, podem ter grande impacto na qualidade do sono, podendo ajudar a proporcionar um sono saudável ou contribuir para episódios de insônia?

✓ *E o que vem a ser o termo “Higiene do sono”?*

Refere-se a diversas práticas e hábitos que ajudam a melhorar a qualidade do sono, assim como podem colaborar para o adormecimento.

De acordo com a Associação Brasileira do Sono, a psicoeducação é usada para orientar o indivíduo portador de insônia sobre seus hábitos de vida e do ambiente que o cerca, influenciando sobre as condições que levam à insônia por interferir na qualidade de sono. A psicoeducação tem por objetivo, disponibilizar ferramentas para que o paciente possa ter controle sobre as situações que atrapalham seu sono, sendo autossuficiente, que ele possa voltar a dormir quando ocorrer a insônia. Também engloba: facilitar a compreensão da patologia e suas consequências, favorecer a aceitação, reduzir o stress, melhorar a qualidade de vida (LEBON, 1997).

A psicoeducação é empregada com orientações ao indivíduo a respeito de como funciona a higiene do sono, que são as rotinas de vida e os fatores ambientais que podem intervir de caráter prático ou negativamente na insônia.

Assim sendo, compreende-se que a psicoeducação objetiva abranger e lidar com as consequências da doença, o que fundamentalmente constitui tentar perceber a relação entre sintomas, traços típicos, clima interpessoal, resultados colaterais dos benzodiazepínicos e permitir que o psicoeducador coopere ativamente com o médico em determinados aspectos terapêuticos.

3. Atividades Físicas

A atividade física tem um papel muito importante na regulação do humor. Dezenas de pesquisas mostram que esse hábito é fundamental para promover a Saúde Mental.

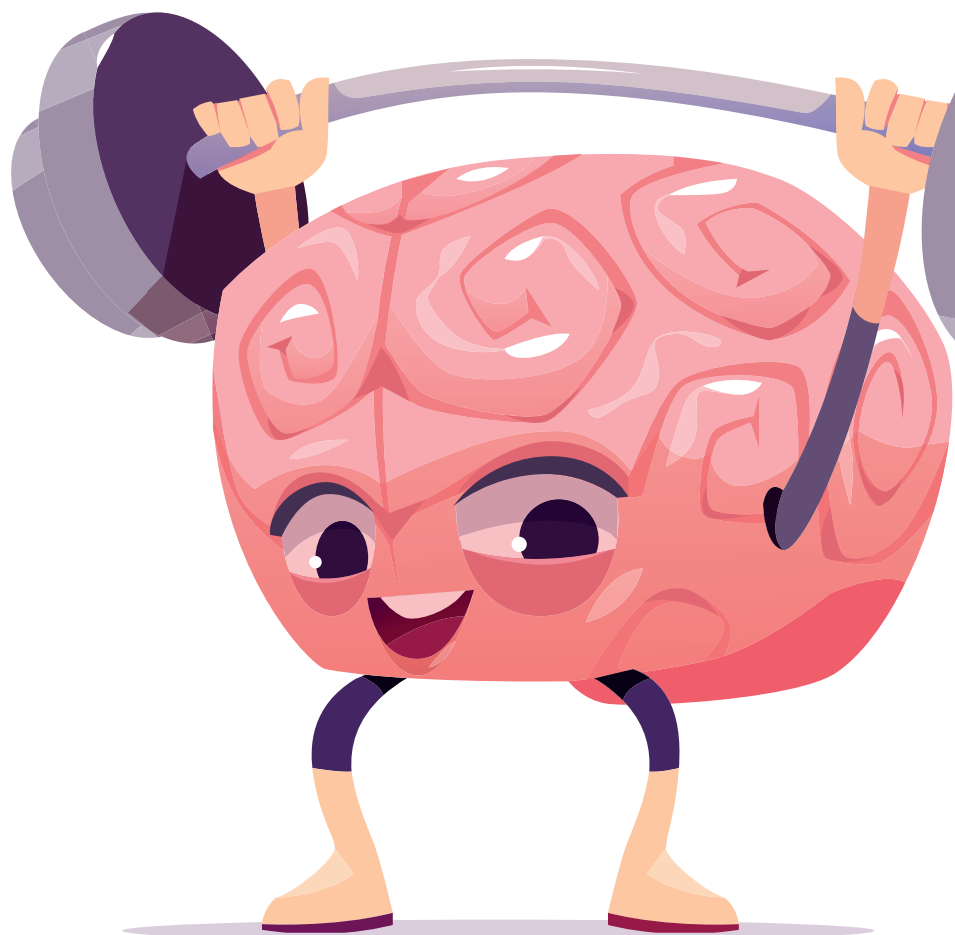
Quando praticamos esportes, nosso corpo libera uma substância chamada endorfina, um hormônio que provoca a sensação de prazer e bem-estar. Outros neurotransmissores com ação semelhante também são produzidos ao nos movimentarmos.

O resultado aparece na redução dos índices de depressão. Vários estudos comprovam que quando a pessoa pratica 15 minutos de exercícios moderados por semana — recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) — suas chances de reduzir a depressão caem 32%.

De forma contrária, o sedentarismo está bastante relacionado à tristeza. Uma pesquisa que acompanhou mais de 34 mil adultos durante 11 anos demonstrou um dado importante: pessoas que não praticam exercícios têm um risco 44% maior de apresentar depressão.

Os benefícios da atividade física para o cérebro

- ✓ Melhora a aprendizagem e desempenho mental;
- ✓ Reduz o comprometimento das células cerebrais e perda de coordenação relacionada com a doença de Parkinson;
- ✓ Reduz a sensibilidade ao estresse, depressão e ansiedade;
- ✓ Estimula a hipófise a liberar endorfina;
- ✓ Ajuda a prevenir e tratar a demência, Alzheimer e envelhecimento cerebral.





4. Tratamento Psicológico

Terapia de Resolução de Problemas

Frequentemente, as pessoas chegam narrando várias dificuldades nos atendimentos, um conjunto de situações de angústia com as quais se sentem impotentes. É um desafio para o profissional que acolhe a pessoa em sofrimento ajudá-la a organizar seus pensamentos e pensar em estratégias práticas para o enfrentamento de seus problemas.

A Terapia de Resolução de Problemas é uma intervenção desenvolvida especificamente para o cenário da Atenção Primária, a fim de reduzir sintomas depressivos e ansiosos, auxiliando profissionais a apoiar pessoas no enfrentamento de situações de estresse. São recomendados de quatro a seis encontros com duração de aproximadamente 30 minutos.

Essa técnica é indicada quando o problema do paciente pode ser determinado de modo preciso e podem ser elaboradas metas objetivas e realistas para solucionar a questão. Para usuários com transtornos de personalidade e transtornos mentais graves essa intervenção terapêutica tende a ser pouco eficaz.

ANTES DE INICIAR:	<ul style="list-style-type: none">✓ Explicar o método;✓ Conversar sobre a rotina de atendimentos, frequência e duração das sessões;✓ Estabelecer o contrato terapêutico.
Primeiro Passo: Definindo o problema	Estimulado pelo profissional, explorar o momento que a pessoa enfrenta, refletindo sobre que dificuldades enfrenta. A pessoa então elabora uma lista de problemas que o incomodam, de forma clara e concreta: onde e quando ocorre, quem está envolvido nesse problema. Se um problema escolhido for complexo, devem ser divididos em problemas menores. Em seguida, o paciente deve escolher um dos problemas para solucionar.
Segundo Passo: Estabelecendo metas realistas para a resolução do problema	É importante que a meta não seja imposta pelo profissional, mas que este estimule o paciente a construir uma meta que seja possível de ser implementada, questionando planos considerados inalcançáveis. Estabelecer uma meta objetiva, clara e possível de ser alcançada. Metas irreais produzem frustração.
Terceiro Passo: Gerando várias soluções e alternativas para o problema	Estimular que o usuário pense em vários tipos de soluções para o problema, sem julgamentos, mesmo que pareçam absurdos ou impossíveis. É importante que as soluções partam da pessoa. A tendência é: mais soluções, mais variedade e mais qualidade de ideias surgirão. Sempre incluir as possibilidades mais extremadas de solução dentre as alternativas para permitir uma visualização e entendimento mais completos das várias soluções possíveis.



Quarto Passo: Implementando diretrizes para a tomada de decisão	<p>Pesar os prós e contras de cada solução.</p> <p>Considerar a viabilidade, a capacidade de resolução do conflito, o grau de satisfação que trará e a relação custo-benefício.</p>
Quinto Passo: Escolhendo e implementando a(s) solução(ões).	<p>As soluções construídas são relevantes e farão a pessoa atingir seu objetivo?</p> <p>São viáveis? O indivíduo conseguirá trilhar os passos para efetuar as ações pensadas?</p> <p>Dividir a ação em pequenas tarefas realistas ajuda. Escrever essas tarefas e estabelecer prazos também.</p>
Sexto Passo: Avaliando o resultado	<p>Avaliar cuidadosamente as tarefas que foram combinadas. O que deu certo? O que não deu certo?</p> <p>Valorizar os progressos e ganhos.</p> <p><i>Se houver dificuldade, verificar:</i></p> <ul style="list-style-type: none">✓ Tarefa pouco definida?✓ São metas pouco realistas?✓ Surgiram novos obstáculos?✓ O paciente não cumpriu suas tarefas? <p>Retornar para um passo anterior, se necessário, ou encerrar o processo, caso tenha sido atingido o objetivo.</p>





Intervenção Breve Interpessoal

Dentre os vários modelos de intervenção psicossocial em formato breve, destaca-se a Intervenção Interpessoal (IIP) como ferramenta de suporte a pessoas em situações de sofrimento mental agudo, como são os casos de risco de suicídio. A intervenção breve Interpessoal tem como principal objetivo oferecer atenção para a remissão dos sintomas, através da melhora do funcionamento interpessoal nas suas relações familiares e outros suportes sociais. É uma estratégia de cuidado estruturada, de curta duração, com foco no aqui e agora e centralizada em uma situação problema específica ou foco.

A intervenção breve segue um ciclo de 3 fases (inicial, intermediária e final) e pode ser concluída em 8 a 12 sessões através da abordagem individual.

1º passo da Intervenção Interpessoal

Conhecer o problema, compreendendo a situação de sofrimento da pessoa, identificando os sintomas.

Oferecer algumas informações ao usuário.

Compreender como estão as relações sociais do usuário, ou seja, sua família, amigos, vizinhos e todos aqueles que a pessoa identifica como fazendo parte da sua rede.

As perguntas devem se voltar ao entendimento do que está acontecendo com ele agora e para o histórico do seu sofrimento:

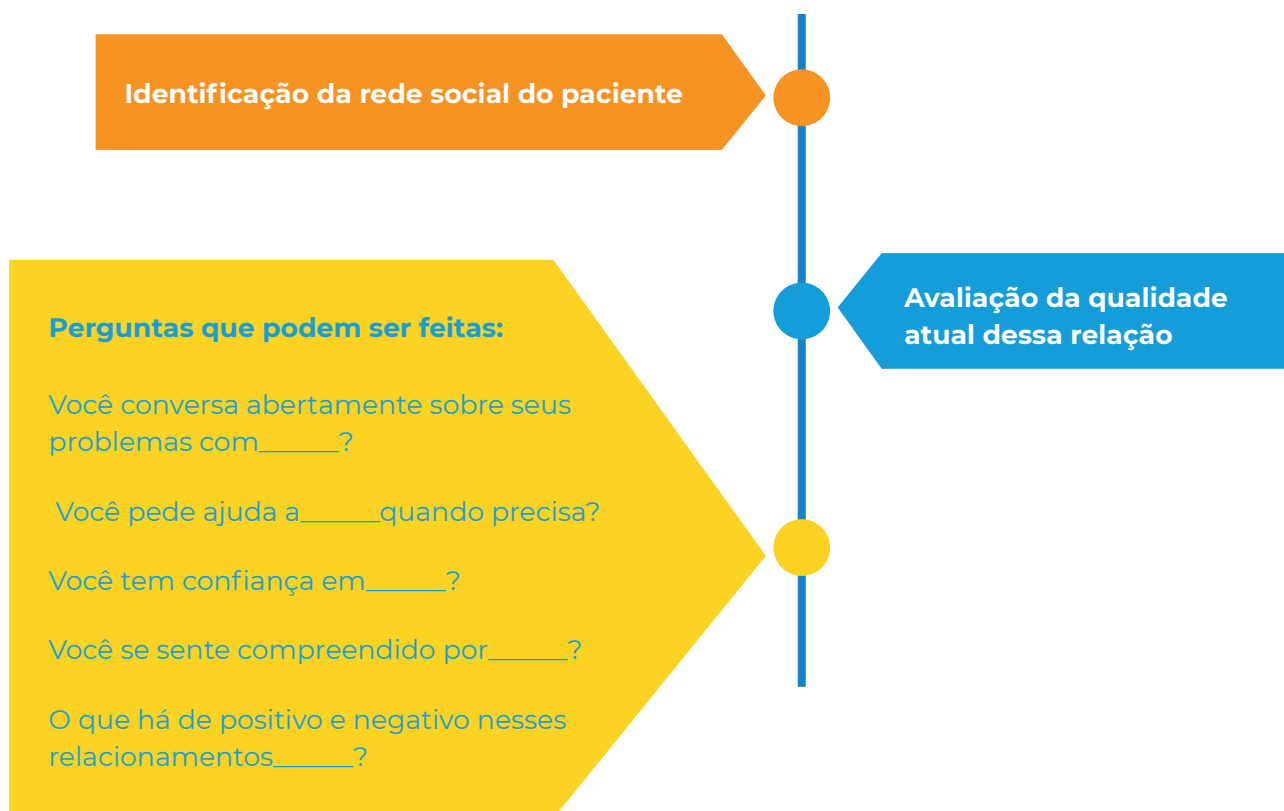
Quando você começou a se sentir assim?

No momento em que começou a sentir-se assim, o que estava acontecendo na sua vida?

Você lembra e gostaria de falar sobre alguma coisa específica que aconteceu?



Para que se crie uma relação de confiança com a pessoa em sofrimento, é muito importante a postura do profissional. Ele deve mostrar empatia, escuta compreensiva e respeito ao usuário, além de apresentar postura ativa no sentido de encorajar o paciente durante todo o processo.



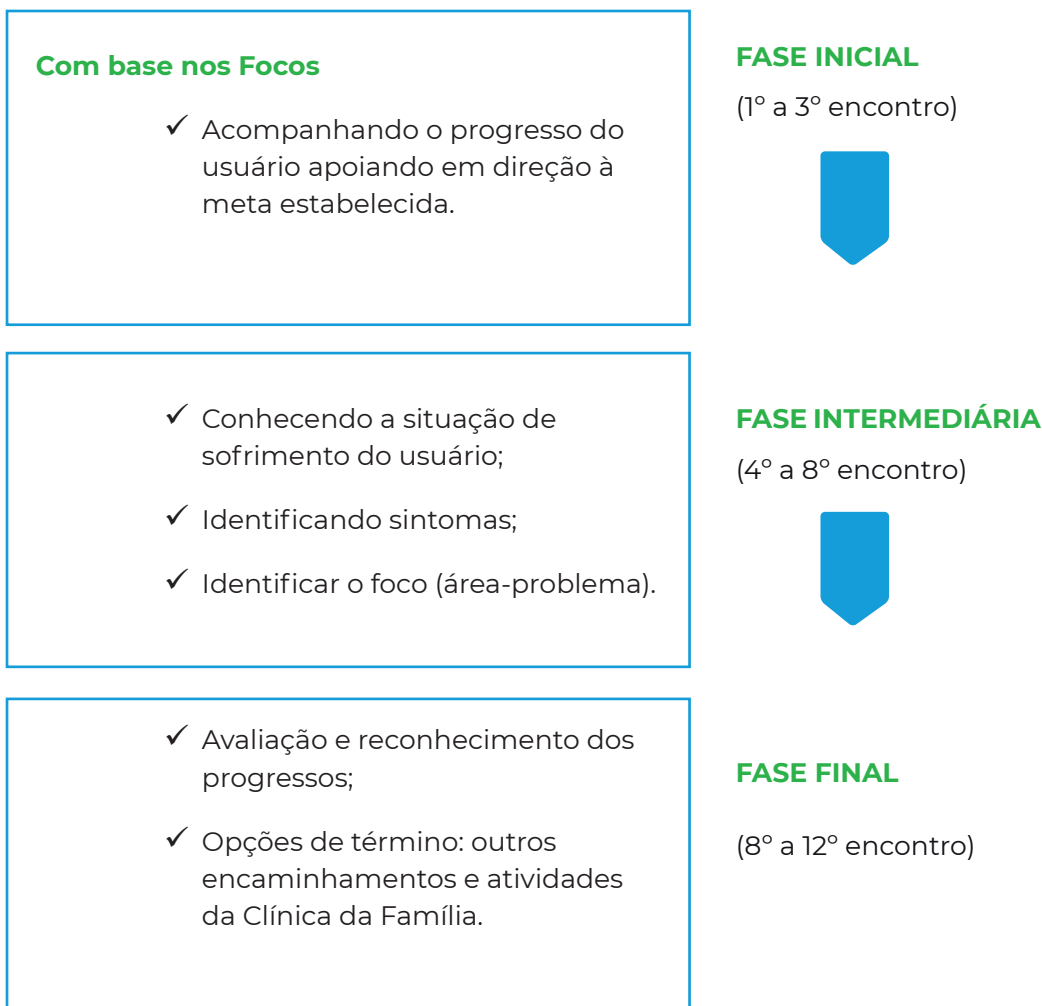
Mas onde se pretende chegar? Qual seria o objetivo de uma intervenção breve?

Na **FASE INTERMEDIÁRIA** e após a compreensão da situação atual pela qual está passando o usuário e a definição do foco como direção de cuidado, o profissional define com a pessoa uma meta de curto prazo, algo que seja significativo em termos da recuperação de sua funcionalidade interpessoal e, ao mesmo tempo, algo concreto e possível de ser alcançado no transcurso de tempo até a intervenção. A meta poder ser, por exemplo, conseguir sair de casa (para um caso de isolamento grave), conseguir evitar situações de conflitos (cujo foco é a disputa interpessoal), ou retomar pequenas atividades.

Quando acompanhamos casos de pessoas em situações de intenso sofrimento, sabemos que, por vezes, realizar coisas simples demanda um esforço enorme, por isso as metas devem ser modestas, de modo a não corrermos o risco de produzir sensações de impotência, caso elas não sejam alcançadas. Vale destacar que, a meta não é o objetivo em si da intervenção, mas uma conquista funcional importante no percurso de sua melhora.

Estrutura da Intervenção Interpessoal breve (IIP)

✓ Modelo de 12 encontros



Fonte: Adaptado de PROVE, 2012.

Na **FASE FINAL** da intervenção realiza-se a avaliação do processo, em relação ao antes e depois, perguntando à pessoa como ela se viu no processo, e também lembrando como se deu o momento inicial e sua evolução até o final. A meta estabelecida deve ser revisitada, de modo que os avanços conquistados sejam recursos do usuário para seguir na sua caminhada; e a atenção pode continuar em outros serviços da unidade ou com outros encaminhamentos. É normal nas intervenções breves que a pessoa lamente que o ciclo se feche, dizendo que sentirá falta etc., mas esse ciclo específico deve ser de fato encerrado. Na Atenção Primária, o encerramento do ciclo breve da intervenção não significa o fim do acompanhamento, pois a pessoa continuará a ser um usuário no serviço, não é verdade!?



5. Intervenções Farmacológicas

Os psicofármacos são um recurso entre outros para o tratamento em Saúde Mental, entretanto, o seu uso só faz sentido quando dentro de um contexto de vínculo e de escuta. É a partir do momento em que o usuário compreende e se corresponsabiliza pelo uso da medicação que passará a não somente demandar “troca de receitas”, mas poderá se implicar um pouco diante das queixas que traz. Para o profissional, diante de alguém em sofrimento, é importante considerar a perigosa ideia de que o remédio possa representar uma solução rápida, uma resposta para uma angústia que sente diante da impotência e da vontade de extirpar o problema. “Muita calma nessa hora”. Uma escuta atenta e mesmo adiar a prescrição para o próximo encontro podem ser peças fundamentais no vínculo que vai sustentar a gestão compartilhada do uso daquela medicação. Uma parceria que, desse modo, já nascerá com consistência. Vale a pena desmistificar o nome de “medicamentos psiquiátricos”, o que sugere que somente os psiquiatras sabem prescrevê-los. Falaremos aqui de medicamentos que agem sobre o sistema nervoso central e que podem ser utilizados quando aspectos relacionados a dimensões do comportamento, do pensamento, do sono, da vontade, de várias dimensões da vida de uma pessoa – aquelas que discutimos anteriormente em “o que é uma pessoa” – são trazidas como principal problema durante um contato com um usuário.

Conhecer um pouco mais sobre esses medicamentos é fundamental para desfazer mitos e tabus, assumir responsabilidade sobre o cuidado longitudinal e evitar referências e contrarreferências desnecessárias. Uma leitura atenta também será bastante valiosa em um momento de interação com algum profissional da Saúde Mental. É importante que as equipes da Atenção Básica possam ter uma expectativa realista de que tipo de problema de Saúde Mental pode ou não responder a uma determinada medicação. É preciso nem transformá-la em panaceia, nem desacreditá-la totalmente. Sintomas psicóticos (alucinações auditivas, vozes de comando, delírios de perseguição), insônia, agitação duradoura (não somente reativa a uma frustração ou situação específica), sintomas prolongados de tristeza e desvalia, ansiedade incapacitante costumam apresentar respostas satisfatórias. Por outro lado, em situações onde o contexto familiar, laboral ou interpessoal é um componente importante dos fatores desencadeantes, pode ser inútil depositar grandes expectativas em torno de uma ou outra medicação.

Assim, é importante considerar ambas as dimensões: definir um ou alguns problemas-alvo para a medicação e também fazer caber a prescrição dentro de um projeto terapêutico que contemple outras intervenções. Como ocorre com qualquer outra prescrição, é importante que o profissional tente usar sempre as doses mínimas necessárias. Lembre-se de sempre propor reduções graduais e para isso, pesquise se aquele medicamento tem formulações em gotas ou xarope que podem ser bastante úteis na hora de titular a dose. Procure, quando possível, utilizar uma folha do receituário simples para a orientação do uso dos medicamentos: nome, aspecto (cor e tamanho do comprimido), quantidade e hora/turno de tomar, em letras de forma e de visualização simples. Vale a pena também checar se quem vai tomar o remédio compreendeu minimamente como será sua utilização. As medicações utilizadas em Saúde Mental apresentam certas peculiaridades quando utilizadas em crianças e idosos. No primeiro grupo, é fundamental problematizar a indicação. Quando bem indicadas, é importante saber que as crianças costumam ter uma metabolização hepática mais eficiente, o que sugere fragmentação das doses ao longo do dia, além da necessidade de checar a dose por quilo de peso (que pode ser até maior que de adultos). Nos idosos, é recomendável utilizar doses mais baixas que as de adulto, considerando metabolização mais lenta e maior sensibilidade aos efeitos sedativos, o que pode elevar consideravelmente o risco de quedas e suas consequências. Esses grupos etários também estão particularmente propensos a respostas paradoxais.



Qual Antidepressivo Escolher?

O antidepressivo a ser escolhido deve ser de acordo com o perfil do paciente e com os seguintes aspectos:

- ✓ Considerando eficácia;
- ✓ Tolerabilidade;
- ✓ Segurança;
- ✓ Custo;
- ✓ Facilidade de administração;
- ✓ Disponibilidade na rede pública;
- ✓ História pessoal e familiar de tratamento;
- ✓ Morbidades;
- ✓ Tempo de cada medicação: algumas situações demandam “apagar incêndio” e o efeito em curto prazo é o mais esperado; em outras situações os efeitos são tardios (levam alguns dias ou semanas para iniciar o efeito no organismo).

Insônia

Os benzodiazepínicos diferem basicamente em termos de meia vida, tempo de absorção e via de eliminação.

- ✓ Rápido início de ação e tempo de ação mais curta para **insônia inicial** (perfil indutor do sono);
- ✓ Tempo de ação intermediário para pessoas que dormem bem, mas **acordam no meio ou no final da noite;**
- ✓ Duração do efeito prolongada para auxílio no tratamento de quadros **ansiosos (perfil ansiolítico).**

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

Nome do fármaco	Meia-vida (h)	Faixa terapêutica	Dose usual	Observações
DIAZEPAM	30 – 100	2,5 – 30	10 mg	Perfil ansiolítico/insônia terminal. Em caso de prescrição IM, a absorção é lenta e variável, portanto não recomendada via IM.
CLORDIAZEPÓXIDO	30 – 100	5 – 75	25 mg	Perfil ansiolítico/insônia terminal.
LORAZEPAM	6 – 20	0,5 – 6	2 mg	Perfil intermediário. Útil em pacientes com graus leves de insuficiência hepática (por ser eliminado por via renal).
CLONAZEPAM	30 – 100	0,5 – 8	0,5 – 2 mg	Perfil intermediário. Por vezes utilizado no tratamento da epilepsia.
BROMAZEPAM	8 – 19	1,5 – 20	3 mg	Perfil indutor de sono.
ALPRAZOLAM	6 – 20	0,5 – 2,0	0,5 – 2 mg	Perfil indutor de sono. Útil em transtornos ansiosos, principalmente nos transtornos do pânico.
MIDAZOLAM	1 – 5	7,5 – 30 mg	15 mg	Perfil indutor de sono. Baixo desenvolvimento de tolerância. Prescrição IM útil em agitação.

Os benzodiazepínicos podem se configurar como ferramentas úteis e confiáveis como indutor de sono em situações de adaptação a estresse, mas é preciso ter o máximo cuidado na hora de iniciar o uso dessas medicações, colocando sempre um prazo limite de algumas semanas, negociando com o usuário a redução gradual. Outra estratégia muito interessante é optar por formulações em gotas (no Brasil temos o clonazepam e o bromazepam) que permitem titulações lentas e praticamente imperceptíveis nos “degraus”. Por exemplo, reduzir uma gota (equivalente a 0,12 mg de clonazepam) a cada duas ou mais semanas, parece colocar a redução da medicação em um patamar viável para o usuário. Quando não for possível a suspensão total, é importante repensar a relação do usuário com o “remédio”, com o médico que o prescreve e com a equipe de saúde. É fundamental considerar risco de dependência no manejo de longo prazo para queixa. Meia-vida mais curta está mais associada a possibilidade de tolerância, abuso ou dependência.

Ansiedade

- ✓ Sintomas de ansiedade: nunca é demais lembrar que o tratamento de base de sintomas de ansiedade que se cronicam são os “antidepressivos”, em doses equivalentes às doses para depressão, deixando os ansiolíticos para tratamento sintomático e de curto prazo. Prescrever apenas benzodiazepínicos para queixas crônicas de ansiedade é iatrogênico.

DROGA	DOSE USUAL (MG)	FAIXA TERAPÊUTICA (MG)	OBSERVAÇÕES
TRICÍCLICOS:			
SEMPRE INICIAR O TRATAMENTO COM 25 MG E AUMENTAR 25 MG A CADA 2 – 3 DIAS ATÉ ATINGIR NÍVEL TERAPÊUTICO			
AMITRIPTILINA	150 – 200	50 – 300	Maior tendência à sedação e cardiotoxicidade. Evitar em idosos. Várias indicações na clínica médica (polineuropatia periférica, dor crônica etc.).
CLOMIPRAMINA	150 – 200	50 – 300	Boa indicação também para transtornos de ansiedade. Usualmente doses menores são necessárias no transtorno do pânico e maiores no transtorno obsessivo-compulsivo.
IMIPRAMINA	150 – 200	50 – 300	Observar interações medicamentosas. Muito utilizado para enurese noturna em crianças.
INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTAÇÃO DA SEROTONINA			
CITALOPRAM	20	20 – 60	
ESCITALOPRAM	10	10 – 30	
FLUOXETINA	20	5 – 80	Meia-vida prolongada; observar interações medicamentosas.
PAROXETINA	20	10 – 50	Observar síndrome de retirada.
SERTRALINA	50 – 150	50 – 200	

Efeitos indesejados mais comuns: Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRS)

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



Antidepressivo

As informações mais preciosas na escolha são a dosagem e o tempo esperado para efeito. Nunca é demais lembrar que os efeitos “antidepressivos” podem iniciar após 15 dias, sendo de grande importância sempre combinar esse tratamento com terapia **psicológica** para ter o efeito desejado no tratamento. Também se deve considerar que esteja havendo resposta parcial, sobretudo se considerarmos as formulações manipuladas e/ou de baixa qualidade disponíveis no mercado. Nesses casos, é importante esgotar a faixa de dosagem segura até que se certifique de que não houve resposta terapêutica.

Para uma resposta adequada é fundamental:

- ✓ Utilizar dosagens dentro da faixa terapêutica e respeitar o tempo mínimo de uso. Os efeitos antidepressivos desses fármacos só se iniciam após cerca de duas semanas de uso (período de latência);
- ✓ Em caso de insônia, utilizar um “antidepressivo” com perfil mais sedativo, ou associar hipnóticos temporariamente.

ANTIDEPRESSIVO	DOSE INICIAL	FAIXA TERAPÊUTICA	DOSE MÁXIMA
ISRS			
FLUOXETINA	20 mg	20 – 40 mg	80 mg
SERTRALINA	25 – 50 mg	50 – 100 mg	200 mg
PAROXETINA	20 mg	20 – 40 mg	60 mg
FLUVOXAMINA	50 mg	100 – 200 mg	300 mg
CITALOPRAM	20 mg	20 – 40 mg	40 mg
ESCITALOPRAM	10 mg	10 – 20 mg	20 mg
IRSN			
VENLAFAXINA	75 mg		375 mg
DESVENLAFAXINA	50 mg		200 mg
DULOXETINA	60 mg	60 – 120 mg	120 mg
IRND			
BUPROPIONA	150 mg	150 – 300 mg	450 mg
DISN			
MIRTAZAPINA	10 mg	30 mg	45 mg
AIRS			
TRAZODONA	50 mg	200 – 400 mg	600 mg
TRICÍCLICOS			
CLOMIPRAMINA	25 mg	75 – 250 mg	300 mg
IMIPRAMINA	25 mg	75 – 300 mg	300 mg
AMITRIPTILINA	25 – 50 mg	75 – 150 mg	300 mg
NORTRIPTILINA	25 mg	50 – 150 mg	150 mg

Geralmente, ISRS são primeira escolha, podendo-se tentar pelo menos dois compostos dessa classe antes de considerar troca para outra classe medicamentosa ou potencialização.

- ✓ Alguns pacientes podem beneficiar-se de uma terapia inicial com outra classe de AD que não os ISRS ou mesmo com a quetiapina (também aprovada para o uso em monoterapia para depressão). A escolha deve ser baseada em seus sintomas predominantes (insônia e dores, por exemplo), ressaltando mais uma vez a importância do tratamento individualizado;
- ✓ Paroxetina é o que mais costuma ter interações medicamentosas - preferir outros em pacientes polimedicados;
- ✓ Sertralina e paroxetina são os mais potentes inibidores de receptação de serotonina;
- ✓ Considere a possibilidade de retirada gradativa do medicamento 9–12 meses após a resolução de sintomas. Reduza a dose gradualmente ao longo de um período mínimo de 4 semanas;
- ✓ Sugere-se retirada gradual em 1 a 2 semanas por queda abrupta nos níveis de serotonina e sintomas de mal-estar;
- ✓ **GESTÇÃO E LACTAÇÃO:** FLUOXETINA E SERTRALINA SEGUROS, SUSPENDER PAROXETINA;
- ✓ **CRIANÇAS:** MAIS SEGURO E TESTADO É A FLUOXETINA.

Tabela DEPI: Antidepressivos	AMITRIPTILINA ^a (um ATC ^b)	FLUOXETINA (um ISRS ^c)
DOSE INICIAL PARA ADULTOS	25 – 50 mg ao deitar.	10 mg uma vez ao dia. Aumente para 20 mg após 1 semana.
DOSE INICIAL PARA ADOLESCENTES	Não aplicável (não prescreva ATCs para adolescentes).	10 mg uma vez ao dia.
DOSE INICIAL PARA IDOSOS E PESSOAS COM DOENÇA MÉDICA	25 mg ao deitar.	10 mg uma vez ao dia.
AUMENTO DE DOSE PARA ADULTOS	Aumente 25 – 50 mg por semana.	Se não houver resposta em 6 semanas, aumente para 40 mg uma vez ao dia.
DOSE EFETIVA TÍPICA PARA ADULTOS	100 – 150 mg (dose máxima de 300 mg) ^d .	20 – 40 mg (dose máxima de 80 mg).
DOSE EFETIVA TÍPICA PARA ADOLESCENTES, IDOSOS E PESSOAS COM DOENÇA MÉDICA	50 – 75 mg (dose máxima de 100 mg). Não prescreva para adolescentes.	20 mg (dose máxima de 40 mg).



EFEITOS COLATERAIS GRAVES E RAROS	Arritmia cardíaca.	Acatisia prolongada * Anormalidades hemorrágicas em usuários de ácido acetilsalicílico ou outros anti-inflamatórios não esteroides* Ideias de autolesão (principalmente em adolescentes e jovens adultos).
EFEITOS COLATERAIS COMUNS	Hipotensão ortostática (risco de queda), boca seca, constipação intestinal, dificuldade de micção, vertigem, visão borrada e sedação.	Cefaleia, inquietação, nervosismo, distúrbios gastrointestinais, disfunção sexual reversível.
ADVERTÊNCIA	Interromper imediatamente se a pessoa apresentar um episódio maníaco.	Interromper imediatamente se a pessoa apresentar um episódio maníaco.











^a Disponível no kit médico de emergência interagências (OMS, 2011).
^b ATC: antidepressivo tricíclico.
^c ISRS: inibidor seletivo da recaptção da serotonina.
^{cd} dose efetiva mínima em adultos: 75 mg (pode haver sedação com doses menores).

✓ **IDOSOS:** INICIAR METADE DAS DOSES POR METABOLISMO REDUZIDO E EFEITOS COLATERAIS.

Considere a possibilidade de retirada gradativa do medicamento 9–12 meses após a resolução de sintomas. Reduza a dose gradualmente ao longo de um período mínimo de 4 semanas.



Outros usos clínicos dos antidepressivos

Transtorno de Ansiedade Generalizada		Venlafaxina Paroxetina Sertralina Imipramina Agomelatina
Transtorno do Pânico		Paroxetina Sertralina Citalopram Clomipramina Imipramina
Transtorno de Ansiedade Social		Paroxetina Sertralina Venlafaxina Moclobemina
Transtorno de Estresse Pós-Traumático		Paroxetina Sertralina Amitriptilina
Transtorno Obsessivo Compulsivo		Sertralina Paroxetina Fluvoxamina Fluoxetina Clomipramina
Dor Neuropática Enxaqueca		Tricíclicos Duloxetina Venlafaxina Agomelatina
Enurese noturna		Tricíclicos
Abuso de Álcool		ISRS
Cessação Tabágica		Bupropiona Nortriptilina
TDAH		Tricíclicos

Transtornos Somatoformes

Se o paciente apresentar transtornos psiquiátricos ou comorbidades, medicamentos:

DROGA	DOSE USUAL (MG)	FAIXA TERAPÊUTICA (MG)	OBSERVAÇÕES
TRICÍCLICOS:			
SEMPRE INICIAR O TRATAMENTO COM 25 MG E AUMENTAR 25 MG A CADA 2 – 3 DIAS ATÉ ATINGIR NÍVEL TERAPÊUTICO			
AMITRIPTILINA	150 – 200	50 – 300	Maior tendência à sedação e cardiotoxicidade. Evitar em idosos. Várias indicações na clínica médica (polineuropatia periférica, dor crônica etc.).
CLOMIPRAMINA	150 – 200	50 – 300	Boa indicação também para transtornos de ansiedade. Usualmente doses menores são necessárias no transtorno do pânico e maiores no transtorno obsessivo-compulsivo.
IMIPRAMINA	150 – 200	50 – 300	Observar interações medicamentosas.
INIBIDORES SELETIVOS DA RECAPTAÇÃO DA SEROTONINA			
CITALOPRAM	20	20 – 60	
ESCITALOPRAM	10	10 – 30	
FLUOXETINA	20	5 – 80	Meia-vida prolongada; observar interações medicamentosas.
PAROXETINA	20	10 – 50	Observar síndrome de retirada.
SERTRALINA	50 – 150 50 – 200		

Transtorno de Estresse Pós-Traumático

Medicamentos:

- ✓ Betabloqueadores nas primeiras 4 semanas;
- ✓ Antidepressivos tricíclicos;
- ✓ ISRS;
- ✓ IMA;
- ✓ Benzodiazepínicos.

Transtorno Obsessivo Compulsivo

O tratamento é realizado com antidepressivos de ação serotoninérgica, geralmente em doses altas, inicia com dose baixa e com aumento gradual.

ANTIDEPRESSIVO	DOSE INICIAL	FAIXA TERAPÊUTICA	DOSE MÁXIMA
ISRS			
FLUOXETINA	20 mg	50 mg	80 mg
SERTRALINA	25 - 50 mg	150 mg	200 mg
PAROXETINA	20 mg	50 mg	60 mg
FLUVOXAMINA	50 mg	200 mg	300 mg
CITALOPRAM	20 mg	50 mg	40 mg
ESCITALOPRAM	10 mg	20 mg	30 mg
TRICÍCLICOS			
CLOMIPRAMINA	25 mg	200 mg	300 mg

Transtorno Afetivo Bipolar

Infelizmente, vivemos em um tempo onde há uma explosão de “autodiagnósticos” de transtorno bipolar. Essa tendência ao abuso do diagnóstico de transtorno bipolar leva à prescrição também abusiva de estabilizadores de humor. Antes de encaminhar ou de querer fechar o diagnóstico (até porque os diagnósticos sempre devem estar abertos), discuta o caso com a equipe de Saúde Mental através do Matriciamento de Saúde Mental da sua macro área.

Estabilizadores do humor:

- ✓ Temos o carbonato de lítio, com características bem peculiares, alguns anticonvulsivantes e antipsicóticos. O carbonato de lítio permanece como droga padrão, tratando de forma eficaz episódios de mania, hipomania e depressão em pacientes bipolares;
- ✓ Seu uso nas intercrises é reconhecidamente capaz de prevenir novos episódios, principalmente de elevação do humor;
- ✓ Controlam episódios maníacos, como lítio, ácido valpróico ou carbamazepina. O carbonato de lítio é iniciado com 300 mg VO e aumentado, com base nos níveis sanguíneos de equilíbrio e na tolerância, até níveis de 0,8 a 1,2 mEq/L. Os níveis devem ser determinados após 5 dias de uma dose estável e 12 h após a última dose.

Principais sintomas-alvo:

- ✓ Droga de manutenção em longo prazo: mesmo (e principalmente) assintomático;
- ✓ Episódios maníacos-depressivos (associados ou não aos antidepressivos);
- ✓ Como potencializadores de efeito dos antidepressivos (particularmente o lítio);
- ✓ Dificuldade de controle dos impulsos (principalmente os anticonvulsivantes): são muito utilizados nessas situações, em crianças, adolescentes e adultos jovens, para a maioria dos problemas externalizantes, onde há agressividade, agitação etc. A carbamazepina também pode ser uma escolha na tentativa de diminuir a fissura por uso de crack. Observar alta taxa de interação medicamentosa com carbamazepina, podendo anular efeito de outros fármacos.

Observações carbonato de lítio:

- ✓ É iniciado com 300 mg VO e aumentado, com base nos níveis sanguíneos de equilíbrio e na tolerância, até níveis de 0,8 a 1,2 mEq/L. Os níveis devem ser determinados após 5 dias de uma dose estável e 12 h após a última dose;
- ✓ Avaliação de exames laboratoriais (pré-tratamento);
- ✓ Hemograma;
- ✓ Eletrólitos, função renal;
- ✓ Função tireoidiana (reavaliar anualmente);
- ✓ ECG;
- ✓ Glicose.



Efeitos indesejados: Lítio

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

Efeitos indesejados: Carbamazepina

- ✓ Ataxia, diplopia, dor epigástrica, náusea, prurido, sonolência, tontura;
- ✓ Monitoramento de alterações hematológicas e hepáticas;
- ✓ Múltiplas interações medicamentosas, interferindo no nível plasmático de outros medicamentos.

Efeitos indesejados: Ácido Valproico

- ✓ Náuseas, ganho de peso, sedação, tremores, queda de cabelo (reversível com complementação oral de zinco e selênio);
- ✓ Monitorar alterações hematológicas e hepáticas;
- ✓ Intoxicação (concentração sérica > 1.5 mEq/l): sonolência, fasciculações musculares, ataxia, hiporeflexia, fala pastosa, visão turva, arritmias, convulsões.





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



Observações:

Antipsicóticos, como olanzapina, risperidona, quetiapina ou aripiprazol são usados se os sintomas de depressão e mania persistirem.

- ✓ Risperidona (normalmente 2 a 3 mg VO);
- ✓ Olanzapina (normalmente 5 a 10 mg VO);
- ✓ Quetiapina (200 a 400 mg VO);
- ✓ Ziprasidona (40 a 80 mg VO);
- ✓ Aripiprazol (10 a 30 mg VO);
- ✓ Antidepressivos: ajudam a controlar a depressão, como a fluoxetina, que deve ser associada a um antipsicótico para evitar episódios de mania;
- ✓ Ansiolíticos: ajudam a reduzir a ansiedade e a melhorar o sono, como os benzodiazepínicos.

Tabela DEP 2: Estabilizadores do humor no transtorno bipolar

	Carbamazepina	Valproato
Dose inicial	200 mg/dia	400 mg/dia
Dose efetiva típica	400 – 600 mg/dia (dose máx. de 1.400 mg/dia)	1.000 – 2.000 mg/dia (dose máx. de 2.500 mg/dia)
Posologia	Duas vezes ao dia, via oral	Duas vezes ao dia, via oral
Efeitos colaterais raros, mas graves	<ul style="list-style-type: none">✓ Erupção cutânea grave (síndrome de Stevens-Johnson*, necrólise epidérmica tóxica*);✓ Depressão da medula óssea.	<ul style="list-style-type: none">✓ Sonolência;✓ Confusão.
Efeitos colaterais comuns	<ul style="list-style-type: none">✓ Sonolência;✓ Dificuldade para caminhar;✓ Náuseas.	<ul style="list-style-type: none">✓ Letargia;✓ Sedação;✓ Tremor;✓ Náuseas;✓ Diarreia;✓ Aumento de peso;✓ Queda de cabelo transitória (normalmente volta a crescer em 6 meses);✓ Comprometimento da função hepática.

Observações:

- ✓ Prescreva somente um antipsicótico de cada vez (p. ex., haloperidol >> Tabela PSI 1);
- ✓ Inicie com uma dose baixa e aumente lentamente: comece com a dose terapêutica mínima e aumente gradativamente para obter o efeito desejado com a dose efetiva mínima;
- ✓ Experimente o medicamento durante um período suficiente em dose efetiva típica antes de considerá-lo inefetivo (ou seja, durante no mínimo 4-6 semanas) (>> Tabela PSI 1);
- ✓ Use a dose oral efetiva mínima em gestantes e em mulheres que estejam planejando engravidar ou estejam amamentando;
- ✓ Se não for possível obter o controle satisfatório da agitação somente com o antipsicótico, administre uma dose de benzodiazepínico (diazepam, dose máxima de 5 mg por via oral) e consulte imediatamente um especialista;
- ✓ Em geral, mantenha o antipsicótico durante pelo menos 12 meses após a resolução dos sintomas;
- ✓ Diminua a dose gradativamente ao retirar o medicamento ao longo de vários meses;
- ✓ Nunca interrompa o medicamento bruscamente.



Tabela PSI 1: Medicamentos antipsicóticos			
Medicamento	Haloperidol ^a	Clorpromazina	Risperidona
Dose inicial	2,5 mg diariamente	50 – 75 mg diariamente	2 mg diariamente
Dose efetiva típica	4 – 10 mg/dia (dose máx. de 20 mg)	75 – 300 mg/dia ^b (dose máx. de 1.000mg)	4 – 6 mg/dia (dose máx. de 10 mg)
Via	Oral/ intramuscular	Oral	Oral
Efeitos colaterais significativos:			
Efeitos colaterais extrapiramidais*	+++	+	+
Sedação (principalmente em idosos)	+	+++	+
Hesitação urinária		++	
Hipotensão ortostática*	+	+++	+
Síndrome euroléptica maligna*	Rara ^c	Rara ^c	Rara ^c

^a Disponível no kit médico de emergência interagências (OMS, 2011)

^b Pode ser necessário até 1 g em casos graves

^c Interrompa o medicamento antipsicótico imediatamente se houver suspeita dessa síndrome, mantenha baixa a temperatura da pessoa e administre líquidos suficientes.

Tabela PSI 2: Medicamentos antineurolepticos		
Medicamento	Biperideno ^a	Triexifenidil
Dose inicial	1 mg duas vezes ao dia	1 mg diariamente
Dose efetiva típica	3 – 6 mg/dia (dose máx. de 12 mg)	5 – 15 mg diariamente (dose máx. de 20 mg)
Via	Oral	Oral
Efeitos colaterais significativos:		
Confusão, problemas de memória (principalmente em idosos)	+++	+++
Sedação (principalmente em idosos)	+	+
Hesitação urinária	++	++

^a Disponível no kit médico de emergência interagências (OMS, 2011)

Psicose Puerperal

- ✓ Importante a manutenção dos medicamentos mesmo após a cessação dos sintomas para evitar recaídas;
- ✓ Lembrar que a concentração dos medicamentos no leite materno é de cerca de 1% da concentração sérica da puerperal;
- ✓ Medicamentos: antipsicóticos e antidepressivos.

Demência

- ✓ Antidepressivos tricíclicos: nortriptilina;
- ✓ ISRS: sertralina, paroxetina;
- ✓ Antipsicóticos: risperidona, olanzapina, haloperidol;
- ✓ Inibidores da acetil-colinesterase: donepezil, rivastigmina, tacrina, galantamina.

ANTIDEPRESSIVO	DOSE INICIAL	FAIXA TERAPÊUTICA	DOSE MÁXIMA
ISRS			
FLUOXETINA	20 mg	50 mg	80 mg
SERTRALINA	25 - 50 mg	150 mg	200 mg
PAROXETINA	20 mg	50 mg	60 mg
ANTIPISICOTICOS			
RESPIDONA	20 mg	50 mg	40 mg
OLANZOPINA	10 mg	20 mg	30 mg
HALOPERIDONA			
TRICÍCLICOS			
AMITRIPTILINA	25 - 50 mg	75-150 mg	300 mg
INIBIDORES DA ACETIL-COLINESTERASE			
DONEPEZIL	5 mg	10 mg	20 mg
RIVASTIGMINA	1,5 mg	3 mg	6 mg
GALANTAMINA	¼ 3 mg	½ 6 mg	12 mg

USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

É recomendável que os usuários sejam recebidos por um grupo de acolhimento composto por profissionais de Saúde Mental (psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais) que avaliará a motivação do usuário para o tratamento, além da necessidade da introdução de outras modalidades de atendimento, como consultas psiquiátricas, psicoterapia e atendimento familiar, além de eventual encaminhamento para internação hospitalar. É necessário que:

- ✓ Monitore com frequência os sintomas da síndrome de abstinência (a cada 3–4 horas). Mantenha o diazepam até que cessem os sintomas (em geral, 3–4 dias, mas não mais de 7 dias);
- ✓ No caso de uma crise epiléptica por abstinência, NÃO use medicamentos antiepilépticos. Mantenha o diazepam;
- ✓ Os sintomas de delírio, como confusão, agitação ou alucinações, podem persistir por várias semanas depois de cessarem outros sintomas da síndrome de abstinência de álcool. Nesse caso, considere o uso de antipsicóticos, como haloperidol, em dose oral de 2,5–5 mg até 3 vezes ao dia até a melhora da confusão, agitação ou alucinações. Em alguns casos podem ser necessárias várias semanas até que cessem as alucinações e a confusão. Não exagere na sedação;
- ✓ Se possível, providencie um ambiente tranquilo, não estimulante e bem iluminado. Procure manter alguma iluminação, até mesmo à noite, para evitar quedas se a pessoa resolver se levantar. Considere a possibilidade de colocar a pessoa sobre um colchão no chão para evitar lesões. Se possível, peça que um cuidador permaneça com ela para monitorar e evite contenções. 1) Aborde a desnutrição; 2) Administre vitamina B1 (tiamina) em dose oral de 100 mg/dia durante 5 dias; 3) Avalie e aborde a desnutrição; 4) Mantenha a hidratação; 5) Inicie hidratação IV se possível; 5) Incentive o consumo oral de líquidos (pelo menos 2–3 litros/dia).

Medicamento	Diazepam ^a
Dose inicial	10 – 20 mg 4 vezes/dia durante 3 – 7 dias.
Dose subsequente	Reduza gradualmente a dose e/ou a frequência até que os sintomas melhorem.
Via	Oral
Efeitos colaterais graves (raros)	Depressão respiratória*, diminuição acentuada do nível de consciência. Precaução: monitore com frequência, pois as pessoas têm diferentes respostas a esse medicamento.
Efeitos colaterais comuns	Sonolência, amnésia, alteração da consciência, fraqueza muscular. Precaução: não administre outra dose se a pessoa estiver sonolenta.
Precauções em grupos especiais	Em pessoas idosas, use de um quarto a metade da dose sugerida. Não prescreva para pessoas com problemas respiratórios.

^a Disponível no kit médico de emergência interagências (OMS, 2011)



Transtorno de Déficit de Atenção / Hiperatividade

Tratamento

Medicamentos:

- ✓ Metilfenidato;
- ✓ Antidepressivos: atomoxetina, bupropiona, nortriptilina, venlafaxina, imipramina (descartar alterações do ECG previamente à prescrição de tricíclicos);
- ✓ Específicos para as comorbidades: risperidona, estabilizadores do humor.

Transtornos Globais do Desenvolvimento



Tratamento



- ✓ Cuidado integral e articulação intersetorial: saúde, educação (educação especial / educação inclusiva), assistência social etc;
- ✓ Tratamento clínico de base psicanalítica;
- ✓ Análise do Comportamento Aplicada (Applied Behavioral Analysis – ABA);
- ✓ Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA);
- ✓ TEACCH – Tratamento e Educação para Crianças com Transtorno do Espectro Autista;
- ✓ Medicamentos para sintomas acessórios que podem ser atenuados com o uso de medicação psiquiátrica (antipsicóticos).



TRANSTORNOS ALIMENTARES

Tratamento

- ✓ Tem eficácia parcial, sendo comuns as recaídas;
- ✓ Cerca de 70% dos usuários que completam o tratamento proposto relatam significativa melhora dos sintomas;
- ✓ Uso de medicamentos isoladamente promove melhora em cerca de 15% a 20% dos usuários;
- ✓ Terapia cognitivo-comportamental parece ser a melhor estratégia;
- ✓ Orientações dietéticas;
- ✓ Medicamentos: antidepressivos (alguns estudos apontam a superioridade da fluoxetina);
- ✓ Internação: nas situações descritas na anorexia nervosa.

Observações:

- ✓ No caso de intoxicação aguda por pesticida, consulte Manejo clínico da intoxicação aguda por pesticidas (disponível em inglês) (OMS, 2008);
- ✓ No caso de superdosagem de um medicamento prescrito em que o medicamento ainda seja necessário, escolha o medicamento alternativo menos prejudicial. Se possível, prescreva o novo medicamento em quantidade suficiente apenas para um curto período (p. ex., alguns dias a 1 semana de cada vez) para evitar outra superdosagem.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Agência Nacional De Saúde Suplementar. **Diretrizes assistenciais para a Saúde Mental na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2008.

AMARANTE, Paulo; LANCETTI, Antônio. **Saúde Mental e saúde coletiva**. In: CAMPOS, Gastão et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BRASIL. **Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011**.

BRASIL, Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica – Saúde Mental, n. 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CANTILINO, A.; ZAMBALDI, C. F.; SOUGEY, E. B.; RENNÓ JR., J. **Transtornos psiquiátricos no pós-parto**. In: Revista Psiquiatria Clínica, 37 (6). São Paulo, 2010.

OMS, Organização Mundial da Saúde. **CID-10**. Trad. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 5 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1997.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **DSM-IV-TR – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Trad. Cláudia Dornelles. 4 ed. rev. Porto Alegre; Artmed, 2002.

CHIAVERINI, Dulce Helena (Org.). **Guia prático de matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde – Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

Lebon, A. **Psico-educação: a ciência do “viver com” educativo e terapêutico**. In: Paidéia n. 12-13. Ribeirão Preto, 1997.

MANSUR, Nacime Salomão (Org.). **Guia de orientação de referência e contrarreferência ambulatorial**. São Paulo: Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NOAL, Débora; PASSOS, Maria Fabiana; FREITAS, Carlos. **Recomendações e orientações em Saúde Mental e atenção psicossocial na Covid-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

MIGUEL, Eurípedes Constantino (Org.). **Clínica Psiquiátrica**. Barueri: Manole, 2011.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde**. Versão 2.0. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2018.

OMS, Organização Mundial da Saúde; WONCA, Organização Mundial de Médicos da Família. **Integração da Saúde Mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. Portugal: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008.



PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha guia de Saúde Mental**. Curitiba: SESA, 2014.

PAWAR, A.S.; KATTAH, A.G. **Lithium-induced nephropathy**. In: The New England Journal of Medicine, 2018.

PRESNE, C.; FAKHOURI, F.; NOËL, L. H. et al. **Lithium-induced nephropathy: rate of progression and prognostic factors**. In: Kidney International, v. 64, 2003.

VENTURA, Deisy; YUJRA, Veronica. **Saúde de imigrantes e refugiados**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2019.

IOM, International Organization for Migration. **Relatório Mundial Sobre Migração 2020**.

VENTURA, Deisy; SILVA, Jameson; CALDERÓN, Letícia; EQUILUZ, Itzel. **Migration, migrants, and health in Latin America and the Caribbean**. In: Oxford Research Encyclopedias: Global Public Health, 2021.

MSF, Médicos Sem Fronteiras. **Standing with LGBTQI+ colleagues and patients in honor of Pride Month: Love without borders**. Disponível em: <https://www.doctorswithoutborders.org/latest/campaigns/pride>. Acesso em: 24 de março de 2022.

BRIGEIRO, Mauro. **A emergência da assexualidade: notas sobre política sexual, ethos científico e o desinteresse pelo sexo**. In: Sexualidade, Saúde e Sociedade, n. 14, Ago 2013.

UMA-SUS, Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. **Você sabe o que é equidade?** Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/voce-sabe-o-que-e-equidade>. Acesso em: 24 de março de 2022.

MELO, Izabella Rodrigues et al. **O direito à saúde da população LGBT: desafios contemporâneos no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS)**. In: Revista Psicologia e Saúde, v. 12, n. 3. Campo Grande, jul/set 2020.

PAINEL INTERNACIONAL DE ESPECIALISTAS EM LEGISLAÇÃO INTERNACIONAL DE DIREITOS HUMANOS, ORIENTAÇÃO SEXUAL E IDENTIDADE DE GÊNERO. **Princípios de Yogyakarta**. Disponível em: http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf. Acesso em: 24 de março de 2022.

BRASIL, Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos; Secretaria Especial de Direitos Humanos. **Relatório de Violência Homofóbica no Brasil: ano 2013**. Disponível em: <https://direito.mppr.mp.br/arquivos/File/RelatorioViolenciaHomofobicaBR2013.pdf>. Acesso em: 24 de março de 2022.

JESUS, Jacqueline Gomes de. **Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos**. Brasília, 2012.





SMSA
Secretaria Municipal
da Saúde



Boa Vista

Compromisso com você.
Todos os dias.

