



mhGAP

Lacuna de cuidados em saúde mental/ Mhgap CAP 1.0

Material de apoio para o treinamento
multiprofissional da Área Programática 1.0 da cidade
do Rio de Janeiro

Data: 6 e 7 de abril de 2017

Local: Clínica da Família Estivadores

Facilitadores OMS/OPAS

- Alice Mariz, enfermeira de família e comunidade, MD.
- Ana Carolina Tavares Vieira, enfermeira de família e comunidade, MD.
- Carolina Manso, psicóloga, PHD.
- Daniel Puig, médico de família e comunidade, MD.
- Karen Athié, psicóloga, MD.
- Michael Duncan, médico de Família e Comunidade
- Sandra Fortes, psiquiatra UERJ, PHD.

Treinamento

- Treinamento de equipes multiprofissionais da Atenção Primária do município do Rio de Janeiro
- Carga horária: 16 horas



Objetivos

1. Sensibilizar para a escuta, acolhimento e cuidado multiprofissional de:
 - Problemas médicos inexplicáveis
 - Depressão
 - álcool por multiprofissões
2. Fortalecer a rede multiprofissional de cuidados da AP 1.0

Primeiro dia

HORÁRIO	ATIVIDADE
8:30 – 9:00	Acolhimento e recepção dos participantes
9:00 – 9:30	Abertura e apresentação da rede Daniel Puig – Coordenador CAP 1.0 Karen Athié – Apoiadora de Saúde Mental NASF e Cnarua CAP 1.0 Alexandro Evangelista – Gerente CF Estivadores
9:30 – 12:30	Princípios Gerais do Cuidado Sandra Fortes e Michael Duncan
12:30	Almoço
13:30 – 17:00	Depressão Sandra Fortes e Michael Duncan

Segundo dia

HORÁRIO	ATIVIDADE
8:30 – 9:00	Acolhimento e recepção dos participantes
9:00 – 12:30	Outras queixas emocionais ou sem explicação médica Alice Mariz Ana Carolina Tavares Vieira Carolina Manso Michael Duncan
12:30	Almoço
13:30 – 17:00	Álcool Daniel Puig e Alice Mariz

Material de apoio

MAPA GERAL DO MI-GAP: Que quadro(s) clínico(s) prioritário(s) deveria(m) ser avaliado(s)?

1. Estas apresentações comuns indicam a necessidade de avaliação.
2. Se houver alguém com características de mais de um quadro, todos eles devem ser avaliados.
3. Todos esses quadros se aplicam a todas as idades, exceto quando for especificado em contrário.

APRESENTAÇÃO COMUM	QUADRO CLÍNICO A SER AVALIADO	VÁZ PARA O MÓDULO	
<ul style="list-style-type: none">▶ Pouca energia; fadiga; problemas de sono ou do apetite▶ Humor persistentemente baixo ou ansioso; irritabilidade▶ Pouco interesse ou prazer em atividades que eram interessantes ou prazerosas▶ Múltiplos sintomas sem causa física clara (p. ex. dores, palpitações, anestésias)▶ Dificuldades para desempenhar as tarefas habituais (trabalho, escola, atividades domésticas ou sociais)	Depressão * [▲]	DEP	10
<ul style="list-style-type: none">▶ Comportamento anormal ou desorganizado (p. ex., discurso incoerente ou irrelevante, aparência incomum, falta de autocuidados, aspecto descuidado)▶ Delírios (crença ou desconfiança falsa irredutível)▶ Alucinações (ouvir vozes ou ver coisas que não existem)▶ Negligência das responsabilidades usuais relacionadas ao trabalho, escola, atividades domésticas ou sociais▶ Sintomas maníacos (vários dias se sentindo anormalmente feliz, cheio d energia, falando muito, muito irritável, sem dormir, com comportamento irresponsável)	Psicose *	PSI	18
<ul style="list-style-type: none">▶ Movimentos convulsivos ou convulsões/ataques▶ Durante a convulsão:<ul style="list-style-type: none">– perda ou alteração da consciência– rigidez ou endurecimento do corpo– mordeduras de língua, ferimentos, incontinência de urina ou fezes▶ Após a convulsão: fadiga, tontura, sonolência, confusão mental, comportamento anormal, dor de cabeça, dores musculares, ou fraqueza em um lado do corpo	Epilepsia / Convulsões	EPI	32
<ul style="list-style-type: none">▶ Desenvolvimento retardado: aprendizagem muito mais lenta do que de outras crianças da mesma idade para: sorrir, sentar-se, ficar em pé, falar/comunicar-se, e outras áreas do desenvolvimento, tais como ler e escrever▶ Anomalias da comunicação: comportamento limitado, repetitivo▶ Dificuldades para desempenhar as atividades cotidianas normais ara sua idade	Transtornos do Desenvolvimento	DES	40

 Crianças e adolescentes

- Desatenção e “desligamento” excessivos, seguidamente interrompe o que faz antes de acabar e passa para outra atividade
- Hiperatividade excessiva; corre sem parar, extrema dificuldade para permanecer sentado, fala excessivamente, movimenta-se sem parar
- Impulsividade excessiva: com frequência faz coisas sem planejar
- Comportamentos repetidos e continuados que incomodam os demais (p. ex., crises de birra graves e incomumente frequentes, comportamento cruel, desobediência grave e persistente, roubos)
- Alterações súbitas de comportamento ou de relações de amizade, que incluem isolamento e raiva

Transtornos Comportamentais TCO

 Crianças e adolescentes

- Perda ou outros problemas de memória (esquecimentos graves) e da orientação (tempo, espaço e pessoa)
- Problemas do humor ou de comportamento, tais como apatia (desinteresse) ou irritabilidade
- Perda do controle emocional – facilmente se irrita, aborrece ou chora
- Dificuldades para desempenhar as atividades usuais no trabalho, em casa ou na escola

Demência DEM

 Idosos

- Aspecto de estar sob os efeitos do álcool (p. ex., hálito alcoólico, aspecto de embriagado, de ressaca)
- Ferimentos
- Sintomas somáticos associados ao uso de álcool (p. ex., insônia, fadiga, anorexia, náusea, vômitos, indigestão, diarreia, dores de cabeça)
- Dificuldades para desempenhar as atividades usuais no trabalho, em casa ou na escola

Transtornos por Uso de Álcool ALC

- Aspecto de estar sob os efeitos de drogas (p. ex., pouca energia, agitação, inquietação, fala arrastada)
- Sinais de uso de drogas (marcas de injeções, infecção da pele, aspecto mal cuidado)
- Pedidos de receita de medicamentos sedativos (remédio para dormir, opioides)
- Dificuldades financeiras ou problemas legais relativos a crimes
- Dificuldades para desempenhar as atividades usuais no trabalho, em casa ou na escola

Transtornos por Uso de Drogas DRU

- Pensamentos, planos ou atos atuais de autoagressão ou suicídio
- História de pensamentos, planos ou atos de autoagressão ou suicídio

Autoagressão / Suicídio SUI

* O módulo [Transtorno Bipolar \(BIP\)](#) pode ser acessado tanto pelo módulo [Psicose](#) quanto pelo módulo [Depressão](#)
 ♣ O módulo [Outras Queixas Emocionais Significativas ou sem Explicação Médica \(OUT\)](#) pode se acessado através do módulo [Depressão](#)

Depressão

Guia de Avaliação e Manejo

1. A pessoa tem depressão moderada-grave?

» **A pessoa apresentou, durante 2 semanas, no mínimo, 2 dos seguintes sintomas essenciais de depressão:**

- Humor deprimido (a maior parte do dia, quase todos os dias) (para crianças e adolescentes: irritabilidade ou humor deprimido)
- Perda do interesse ou prazer em atividades que normalmente são prazerosas
- Diminuição da energia ou fadiga fácil

» **Durante as últimas 2 semanas a pessoa teve no mínimo outras 3 características de depressão:**

- Redução da capacidade de concentração e de atenção
- Redução da auto-estima e da auto-confiança
- Ideias de culpa e de desvalia
- Visão pessimista e vazia do futuro
- Ideias ou atos auto-destrutivos ou suicidas
- Perturbação do sono
- Perturbação do apetite

» **A pessoa tem dificuldades para desempenhar suas tarefas habituais no trabalho, na escola, em casa ou suas atividades sociais?**

Investigue perdas recentes ou luto nos últimos 2 meses



SIM

Se **SIM** para as 3 perguntas, então, é provável o diagnóstico de **depressão moderada-grave**.

NÃO

Se **NÃO** a alguma ou a todas as 3 perguntas, e se nenhuma outra condição prioritária foi identificada no Mapa Principal do MI-GAP

Em caso de perdas importantes ou luto recentes

- » Psicoeducação. » **DEP 2.1**
- » Cuide dos estressores psicossociais recentes. » **DEP 2.2**
- » Reative as redes sociais. » **DEP 2.3**
- » Pense na possibilidade de usar antidepressivos. 🚫 »
- » Caso estejam disponíveis, pense na possibilidade de interpssoal, ativação comportamental ou terapia » cognitivo-comportamental.
- » Caso estejam disponíveis, pense na possibilidade de u adjuntos: programa estruturado de atividade física. » treinamento de relaxamento ou tratamento de soluç de problemas. » **INT**
- » **NÃO** maneje as queixas com injeções nem com outros ineficazes (por exemplo, vitaminas). 🚫
- » Proponha um seguimento regular. » **DEP 2.5**

» Saia deste módulo e avalie **Outras Queixas Emocionais Significativas ou Somáticas sem Explicação Médica**

Siga o conselho acima, porém, **NÃO** empregue antidepressivos ou psicoterapia como primeira linha de tratamento. 🚫 Converse com profissionais de saúde e use meios culturalmente apropriados para se adaptar às perdas.

Depressão

Guia de Avaliação e Manejo

2. A pessoa tem depressão bipolar?

- » Pergunte sobre **episódios prévios de sintomas maníacos**, tais como humor excessivamente exaltado, expansivo ou irritável, aumento das atividades, fala excessiva, fuga de ideias, enorme redução da necessidade de sono, extrema distraibilidade ou comportamento descuidado. Veja o Módulo sobre Transtorno Bipolar. » **BIP**

SIM

Provável **depressão bipolar** se a pessoa teve:

- » 3 ou mais sintomas maníacos que duraram no mínimo 1 semana **OU**
- » Um diagnóstico previamente estabelecido.

» Maneje a depressão bipolar. Veja o Módulo sobre Depressão Bi

NOTA: As pessoas com depressão bip o risco de desenvolver mania, cujo tra diferente.

3. A pessoa tem depressão com elementos psicóticos (delírios, alucinações, estupor)?

SIM

Se SIM

» Reforce o tratamento indicado acima para depressão moderada-grave com um antipsicótico, após consulta com o especialista. ⚠
Veja o Módulo sobre Psicose. » **PSI**

4. Condições concomitantes

- » **(Re)avale o risco de suicídio / auto-agressão** (veja o Mapa Geral do MI-GAP).
- » **(Re)avale a possível presença de transtorno por uso de álcool ou de transtorno por uso de drogas** (veja o Mapa Geral do MI-GAP).
- » **Investigue outras doenças físicas concomitantes**, particularmente sinais e sintomas sugestivos de hipotireoidismo, anemia, cânceres, derrame, hipertensão, diabetes, VIH/AIDS, obesidade ou uso de medicamentos que podem exacerbar a depressão (como esteroides).

SIM

Se houver uma doença concomitante

» Maneje tanto a depressão moderada-grave quanto a doença concomitante.
» Monitorize a adesão ao tratamento das doenças concomitantes, pois a depressão pode reduzir essa adesão.

5. A pessoa é uma mulher em idade fértil



Pergunte sobre:

- » Gravidez atual confirmada ou suspeita
- » Data da última menstruação, se estiver grávida
- » Possível amamentação

SIM

Se estiver grávida ou amamentando



Siga o tratamento da depressão moderada-grave indicada acima, porém

- » Durante a gravidez e a amamentação os antidepressivos devem ser evitados o mais possível. ❌
- » Se não houver resposta ao tratamento psicossocial, pense em usar a menor dose possível de antidepressivos.
- » **CONSULTE UM ESPECIALISTA** 🚑
- » Evite os medicamentos de longa ação (como a fluoxetina), se a mulher estiver amamentando.

6. A pessoa é uma criança ou um/uma adolescente



Se tiver menos de 12 anos

- » **NÃO** prescreva medicamentos antidepressivos. ❌
- » Forneça psicoeducação aos pais. » **DEP 2.1**
- » Cuide dos estressores psicossociais atuais. » **DEP 2.2**
- » Proponha um seguimento regular. » **DEP 2.5**

Se tiver 12 anos ou mais

- » **NÃO** considere os antidepressivos como primeira linha de tratamento. ❌
- » Psicoeducação. » **DEP 2.1**
- » Cuide dos estressores psicossociais atuais. » **DEP 2.2**
- » Caso estejam disponíveis, pense na possibilidade de usar terapia interpessoal, ativação comportamental ou terapia cognitivo-comportamental. » **INT**
- » Caso estejam disponíveis, pense na possibilidade de usar tratamentos adjuntos: programa estruturado de atividade física » **DEP 2.4**, treinamento de relaxamento ou tratamento de solução de problemas. » **INT**
- » Se as intervenções psicossociais se mostrarem inefazes, pense em usar a fluoxetinas (mas não outros ISRS, nem tricíclicos). » **DEP 3**
- » Proponha um seguimento regular. » **DEP 2.5**

Depressão



DEP2

Particularidades da Intervenção

ii Tratamento e Aconselhamento Psicossocial / Não-farmacológico

2.1 Psicoeducação

(para a pessoa e sua família, conforme o caso)

- » Depressão é um problema muito comum que pode acometer qualquer um.
- » As pessoas deprimidas tendem a ter opiniões infundadas sobre si mesmas, sua vida e seu futuro.
- » Existem tratamentos efetivos, que tendem a durar algumas semanas antes que a depressão comece a ceder. Portanto, a adesão estrita ao tratamento proposto é muito importante.
- » Deve-se insistir nos seguintes pontos:
 - não interromper as atividades que eram interessantes ou que davam prazer, independentemente de se no momento parecem desinteressantes ou não derem nenhum prazer, na medida do possível;
 - tentar manter um ritmo de sono regular (ou seja, ir para a cama no mesmo horário, tentar dormir o mesmo número de horas, evitar dormir demais);
 - realizar regularmente atividades físicas, na medida do possível;
 - manter regularmente as atividades sociais, incluindo a participação em atividades sociais comunitárias, na medida do possível;
 - identificar ideias de auto-destruição ou suicídio, e retornar em busca de ajuda quando isso acontecer;
 - para os idosos, continuar a buscar ajuda para os problemas de saúde física.

2.2 Cuidar dos estressores psicossociais atuais

- » Dê à pessoa a **oportunidade de falar**, de preferência num recinto privativo. Peça que ela lhe diga qual é seu entendimento das causas de seus sintomas.
- » Pergunte sobre os **estressores psicossociais atuais** e, na medida do possível, cuide das questões sociais pertinentes e trate de encaminhar a solução do estressores psicossociais ou das dificuldades de relacionamento com a ajuda de serviço/recursos da comunidade.
- » Avalie e maneje qualquer situação de **maus tratos, abuso** (por exemplo, violência doméstica) e **negligência** (por exemplo, de crianças ou de idosos). Contate os recursos legais e da comunidade, conforme seja apropriado.
- » **Identifique e envolva os membros da família que apoiam**, na medida do possível e apropriado.
- » **Em crianças e adolescentes:** 
 - Avalie e maneje os **problemas mentais, neurológicos e relacionados ao uso de álcool e outras drogas** (principalmente a depressão) dos pais (veja o Mapa Geral do MI-mhGAP).
 - Avalie os **estressores psicossociais dos pais** e maneje-os na medida do possível com a ajuda de serviços/recursos da comunidade.
 - Avalie e maneje **maus tratos, exclusão** ou **bullying** (pergunte sobre isso diretamente à criança ou ao/a adolescente).
 - Se houver **problemas de desempenho escolar**, converse com os/as professores/as sobre como ajudar o/a estudante.
 - Proporcione treinamento em habilidades paternas culturalmente adequado, se houver esse disponibilidade. » INT

2.3 Reative as redes sociais

- » Identifique as **atividades sociais anteriores** da pessoa que, se retomadas, têm um potencial para fornecer um apoio psicossocial direto ou indireto (por exemplo, reuniões de família, saídas com amigos, visita a vizinhos, atividades sociais no local de trabalho, práticas de esportes, atividades comunitárias).
- » Aproveite as habilidades e os pontos fortes da pessoa e ativamente encoraje-a a **retomar suas atividades sociais anteriores**, na medida do possível.

2.4 Programa estruturado de atividades físicas (opção de tratamento acessório para a depressão moderada-grave)

- » Organização de atividades física de duração moderada (por exemplo, 45 minutos) 3 vezes por semana.
- » Investigue com a pessoa que tipo de atividade física lhe é mais atrativa, e apoie-a a aumentar gradualmente a quantidade de atividade física, começando, por exemplo, com 5 minutos de atividade física.

2.5 Proponha um seguimento regular

- » Siga regularmente a pessoa (por exemplo, na unidade sanitária, por telefone, ou através do agente comunitário de saúde).
- » Reavalie a pessoa, por exemplo, em 4 semanas.

Medicação antidepressiva

3.1 A introdução da medicação

» A seleção de um antidepressivo

- Selecione um antidepressivo da farmacopeia nacional ou da OMS. A Lista de Medicamentos Essenciais da OMS inclui a fluoxetina (mas nenhum outro ISRS) e a amitriptilina bem como outros antidepressivos tricíclicos (ATC). Veja » **DEP 3.5**
- Ao selecionar um antidepressivo para uma pessoa, leve em conta seu padrão de sintomas, o perfil de efeitos colaterais do medicamento, e a eficácia de tratamentos anteriores com antidepressivos, se houve.
- Para as doenças físicas comórbidas: antes de prescrever um antidepressivo, pense nas interações entre o medicamento e as doenças e entre os diversos medicamentos.
- A combinação de antidepressivos com antipsicóticos requer a supervisão de um especialista, ou sua consultoria. 

» Informe a pessoa e seus familiares sobre:

- a demora do início dos efeitos;
- efeitos colaterais potenciais e os riscos desses efeitos, alertando para buscar ajuda imediatamente se forem muito incômodos, e como identificar sinais de mania;
- a possibilidade do aparecimento de sintomas de abstinência com a interrupção do tratamentos (e mesmo com o esquecimento de tomadas), e que esses sintomas, em geral, são leves e desaparecem com o tempo, mas, ocasionalmente, podem ser graves, principalmente se a medicação for interrompida abruptamente. Contudo, os antidepressivos não causam dependência;
- a duração do tratamento, destacando que os antidepressivos são eficazes tanto para tratar a depressão como para prevenir suas recaídas.

3.2 Precauções a serem tomadas para o uso de antidepressivos em populações especiais

» Pessoas com ideias, planos ou atos autoagressivos ou suicidas

- Os ISRS são a primeira escolha.
- Monitorize com frequência (por exemplo, uma vez por semana).
- A fim de evitar *overdoses* em pessoas em risco iminente de autoagressão/suicídio, assegure-se de que a pessoa tem acessos apenas a uma quantidade limitada do medicamento (prescreva para uma semana apenas, de cada vez). Veja o Módulo sobre Autoagressão/Suicídio.  » **SUI 1**

» Adolescentes com 12 anos ou mais

- Se as intervenções psicossociais forem ineficazes, considere a possibilidade de usar a fluoxetina (mas não outros ISRS, nem ATCs).
- Sempre que possível, consulte um especialista em saúde mental ao usar fluoxetina para tratar adolescentes. 
- Monitorize os adolescentes tratados com fluoxetina com frequência (idealmente, uma vez por semana) quanto ao surgimento de ideação suicida durante o primeiro mês do tratamento. Informe os adolescentes e seus pais sobre o risco aumentado de ideação suicida e que eles devem entrar em contato urgentemente se perceberem essas características.

» Pessoas idosas

- Na medida do possível, deve-se evitar os ATCs. Os ISRS são a primeira escolha.
- Monitorize cuidadosamente os efeitos colaterais, principalmente os dos ATCs.
- Não se esqueça do risco das interações medicamentosas, e dê mais tempo para obter uma resposta (6 a 12 semanas, no mínimo, antes de concluir que o medicamento é ineficaz, e 12 semanas, se houver uma resposta parcial nesse período).

» Pessoas com doenças cardiovasculares

- Os ISRS são a primeira escolha.
- **NÃO** prescreva ATCs a pessoas com sério risco de arritmias cardíacas, nem com infarto de miocárdio recente. 
- Em todos os casos cardiovasculares, meça a pressão arterial antes de prescrever um ATC e controle a hipotensão ortostática, depois de iniciar um ATC.

3.3 Monitoração de pessoas sob medicação antidepressiva

- » Se surgirem **sintomas de mania** durante o tratamento, suspenda imediatamente os antidepressivos e avalie e maneje como mania e transtorno bipolar.  » **BPD**
- » Se uma pessoa sob ISRS apresentar **acatisia acentuada ou prolongada** (sensação interior de inquietação ou incapacidade para ficar sentado ou parado), reveja o uso da medicação. Troque para um ATC ou considere o uso concomitante de diazepam (5 a 10 mg por dia) por breve período (1 semana). No caso de trocar para um ATC, lembre-se de sua pior tolerância ocasional comparada ao ISRS e o risco maior de cardiotoxicidade e da toxicidade da *overdose*.
- » Se houver **baixa adesão**, identifique e trate de abordar as razões dessa baixa adesão (por exemplo, efeitos colaterais, custos, crenças pessoais sobre a doença e o tratamento).
- » Se houver **resposta inadequada** (piora sintomática ou nenhuma melhora após 4-6 semanas): reveja o diagnóstico e verifique se a medicação foi tomada regularmente e prescrita nas doses máximas. Pense em aumentar a dose. Se os sintomas persistirem por 4-6 semanas com a dose máxima, pense em mudar para outro tipo de tratamento (isto é, tratamentos psicológicos) » **INT**, para outra classe de antidepressivo » **DEP 3.5**). Troque de antidepressivo com cuidado, ou seja, interrompa o primeiro medicamento, deixe a pessoa sem nenhum medicamento por alguns dias, se for possível; introduza o segundo medicamento. Se for passar da fluoxetina para um ATC, o período sem medicamento deve ser mais prolongado, uma semana, por exemplo.

Depressão

Particularidades da Intervenção

» Se não houver nenhuma resposta ao uso adequado de dois medicamentos antidepressivos ou ao uso adequado de um medicamento antidepressivo e uma série de TCC ou de TIP, **CONSULTE UM ESPECIALISTA**. 🚑

3.4 Suspensão de medicamentos antidepressivos

» **Pense em suspender** a medicação antidepressiva depois que a pessoa (i) não tiver sintomas, ou muito poucos, por 9-12 meses, e (ii) nesse período estiver desempenhando suas atividades rotineiras.

» **Conclua o tratamento** da seguinte maneira:

– Converse com a pessoa sobre o fim do tratamento com antecedência.

– Reduza gradualmente as doses dos ATC e da maioria dos ISRS ao longo de 4 semanas, no mínimo (a fluoxetina pode ser reduzida em tempo menor). Algumas pessoas podem precisar de um tempo mais longo.

– Informe a pessoa sobre os riscos de sintomas de abstinência ao suspender ou reduzir as doses, e que estes sintomas, em geral, são leves e desaparecem por si sós, mas, ocasionalmente, podem ser graves, principalmente se a medicação for interrompida abruptamente.

– Informe a pessoa sobre os sintomas precoces de uma recaída (por exemplo, alteração do sono ou do apetite durante mais de 3 dias) e sobre os retornos de rotina.

– Repita as mensagens psicoeducacionais, quando relevante.

» DEP 2.1

» **Monitore e maneje os sintomas da abstinência de antidepressivos** (comuns: tonturas, formigamento, ansiedade, irritabilidade, fadiga, dor de cabeça, náusea, problemas de sono)

– Sintomas leves de abstinência: tranquilize a pessoa e monitore os sintomas.

– Sintomas graves de abstinência: reintroduza o antidepressivo na dose efetiva e tente reduzir mais gradualmente.

– **CONSULTE UM ESPECIALISTA** 🚑 se persistirem sintomas graves de abstinência.

» **Monitore os sintomas de recaída de uma depressão durante a abstinência de antidepressivos**: prescreva o mesmo antidepressivo, na mesma dose efetiva anterior durante 12 meses, se os sintomas da depressão retornarem.

Particularidades da Intervenção

Esta informação é apenas uma rápida referência e não pretende ser um guia completo para o uso de medicamentos, sua dosagens e efeitos colaterais.

Mais informações podem ser obtidas em "Pharmacological Treatment of Mental Disorders in Primary Health Care" (WHO, 2009)

(http://www.who.int/mental_health/management/psychotropic/evidence/en/index.html)

3.5 Informação sobre os ISRSs e ATCs

Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina (ISRSs; p. ex.: fluoxetina)

Efeitos colaterais graves (são raros)

- » acatisia (inquietação interna ou incapacidade para permanecer parado) acentuada/prolongada;
- » anormalidades hemorrágicas em pessoas que usam regularmente aspirina ou outros medicamentos anti-inflamatórios não esteroides.

Efeitos colaterais comuns

(a maioria destes efeitos diminui depois de alguns dias de uso; nenhum é permanente)

- » inquietação, nervosismo, insônia, anorexia e outras alterações gastrointestinais, dores de cabeça, disfunção sexual.

Precauções

- » risco de **induzir mania** em pessoas com transtorno bipolar.

Tempo de resposta após o início da dose adequada

- » 4 a 6 semanas

Dosagem de fluoxetina em adultos saudáveis

- » Inicie o tratamento com 20 mg por dia (a fim de reduzir os efeitos colaterais que solapam a adesão, pode-se iniciar com 10 mg (p. ex.: meio comprimido) por dia e aumente para 20 mg se o medicamento for bem tolerado.
- » Se não houver resposta em 4-6 semanas, aumente a dose de 20 mg (a dose máxima é de 60mg por dia), de acordo com a tolerabilidade e a resposta sintomática.

Dosagem de fluoxetina em adolescentes

- » Inicie o tratamento com 10 mg (p. ex.: meio comprimido) por dia e aumente para 20 mg depois de 1-2 semanas.
- » Se não houver resposta em 6-12 semanas, ou apenas uma resposta parcial em 12 semanas, consulte um especialista.

Dosagem de fluoxetina em idosos ou pessoas enfermas

- » >> Inicie o tratamento com 10 mg (p. ex.: meio comprimido) por dia ou 20mg em dias alternados durante 1-2 semanas e aumente para 20 mg, se for bem tolerado.
- » Se não houver resposta em 6-12 semanas, ou apenas uma resposta parcial em 12 semanas, aumente a dose gradualmente (até um máximo de 60 mg por dia). Aumente as doses mais gradualmente do que em adultos saudáveis.

Antidepressivos tricíclicos (ATCs; p. ex.: amitriptilina)

Efeitos colaterais graves (são raros)

- » arritmia cardíaca

Efeitos colaterais comuns

(a maioria destes efeitos diminui depois de alguns dias de uso; nenhum é permanente)

- » hipotensão ortostática (risco de quedas), boca seca, obstipação intestinal, dificuldade para urinar, tonturas, visão borrada e sedação.

Precauções

- » risco de induzir mania, particularmente em pessoas com transtorno bipolar.
- » incapacidade para executar certas tarefas que exigem habilidade (p. ex.: dirigir veículos) - tome precauções até se habituar ao medicamento.
- » risco de autoagressão (*pode ser letal em overdose*).
- » é menos efetivo e causa uma sedação mais grave em usuários regulares de bebidas alcoólicas.

Tempo de resposta após o início da dose adequada

- » 4 a 6 semanas (dor e sintomas do sono tendem a melhorar em alguns dias).

Dosagem de amitriptilina em adultos saudáveis

- » Inicie o tratamento com 50 mg, ao deitar.
- » Aumente 25 mg a cada 1-2 semanas, até atingir 100-150 mg com 4-6 semanas de tratamento, dependendo da resposta e da tolerabilidade.
- » Se não houver resposta em 4-6 semanas, ou apenas uma resposta parcial em 6 semanas aumente a dose gradualmente (a dose máxima é de 200 mg por dia), em duas tomadas diárias ou apenas uma, ao deitar.

Dosagem de fluoxetina em adolescentes

- » **NÃO PRESCREVA** amitriptilina para adolescentes. ❌

Dosagem de fluoxetina em idosos ou pessoas enfermas

- » Inicie o tratamento com 25 mg, ao deitar.
- » Aumente 25 mg por semana, até atingir 50-75 mg com 4-6 semanas de tratamento.
- » Se não houver resposta em 6-12 semanas, ou apenas uma resposta parcial em 12 semanas, aumente a dose gradualmente (até um máximo de 100 mg por dia), em duas tomadas diárias.
- » Monitorize a hipotensão ortostática.

Uso de Álcool e Transtornos por Uso de Álcool



ALC 1

Guia para a Avaliação e o Manejo de Casos de Urgência



3. A pessoa apresenta estado confusional agudo ou turvação de consciência com história recente de ingestão pesada de álcool?

SIM

Trata-se de uma encefalopatia de Wernicke, de trauma craniano ou de delirium relacionado à abstinência alcoólica?

- » Investigue nistagmo e ataxia da encefalopatia de Wernicke. Nos casos graves pode ocorrer oftalmoplegia.
- » Investigue sinais de trauma craniano como ferimentos ou sangramento pelos ouvidos ou na cabeça.
- » Reavalie quanto a um *delirium* por abstinência de álcool.

Encefalopatia aguda de Wernicke

- » Trate todos os casos suspeitos com tiamina, 100mg, VO ou IM, 3 vezes ao dia durante 3 a 5 dias.
- » Encaminhe o paciente com urgência para o hospital. 🚑

Traumatismo craniano

- » Monitore o nível de consciência.
- » Consulte um cirurgião. 🚑

Abstinência alcoólica com delirium

- » Trate abstinência alcoólica com *delirium*. » ALC 3.1

Exclua outras causas comuns de confusão mental, tais como infecções, hipóxia, hipoglicemia, encefalopatia hepática, e acidente vascular cerebral.



Uso de Álcool e Transtornos por Uso de Álcool

Guia para a Avaliação e o Manejo

1. Investigue se há um padrão de consumo de álcool e de consequências negativas relacionadas ao seu uso.

» Pergunte se a pessoa toma bebidas alcoólicas.

Se SIM

» Pergunte se a pessoa toma bebidas alcoólicas numa quantidade que a coloca em risco:

Quantidade e frequência da ingestão

- Consumiu 5 doses (60 g de álcool)* ou mais em alguma ocasião nos últimos 12 meses.
- Toma, em média, mais de duas doses por dia.
- Bebe diariamente.

» Uma dose é a quantidade de álcool puro contido nas bebidas alcoólicas, em geral, entre 8 g e 12 g. Se a quantidade de álcool contida numa dose num determinado país estiver fora desses limites, o número de doses precisará ser reajustado.

NOTA: A detecção de transtornos por uso de álcool na rotina

O uso arriscado de álcool e os transtornos por uso de álcool são bastante comuns. Com exceção de regiões de baixo consumo de bebidas alcoólicas, todas as pessoas que comparecem a uma unidade de saúde deveriam ser investigadas quanto ao uso de álcool. Isso pode ser feito de maneira informal ou através do uso de questionários como o AUDIT ou o ASSIST.

SIM

Se SIM

Colha uma história mais pormenorizada para investigar a presença de uso nocivo ou de dependência de álcool (veja nº 2 abaixo e » ALC 2.1)

Se a pessoa NÃO for dependente

» as possibilidades clínicas são:
USO ARRISCADO DE ALCÓOL
ou
USO NOCIVO DE ALCÓOL

» Informe claramente o paciente sobre os resultados da avaliação do uso de álcool e a ligação entre o nível do uso, seus problemas de saúde, e os riscos de curto e longo prazo de continuar usando no mesmo nível.

» Pergunte sobre o uso de outras substâncias psicoativas. » DRO 2.1
» Aborde brevemente com o paciente o uso de drogas.

» **Veja Intervenção Breve » ALC 2.2 para pormenores.**

» Forneça, de maneira bem clara, recomendações para ou reduzir o uso nocivo de álcool, ou parar completamente a ingestão de bebidas alcoólicas, colocando seu dispor para ajudá-lo nesse sentido.

- Se a pessoa estiver disposta a reduzir ou interromper o consumo, discuta os meios de atingir esse objetivo.
- Se não, insista que é possível interromper tanto o uso nocivo como o uso arriscado de álcool, e encoraje-a a retornar, se de conversa mais sobre isso.

» Busque ajuda de um especialista para pessoas que continuam com uso nocivo ou não responderam a intervenções breves.

» Se se tratar de um adolescente, veja » ALC 2.6

» Se for uma mulher grávida ou que está amamentando, veja » ALC 2.7

Uso de Álcool e Transtornos por Uso de Álcool

ALC1

Guia para a Avaliação e o Manejo

2. Há indicações de dependência de álcool?

Colha uma história pormenorizada do uso de bebidas alcoólicas. » **ALC 2.1**

Pesquise:

- » Desejo muito forte ou compulsão para tomar bebidas alcoólicas.
- » Dificuldades para controlar o uso em termos de início, término ou quantidade
- » Um estado fisiológico de abstinência quando o uso da bebida foi interrompido ou reduzido, indicado pelas características da síndrome de abstinência de álcool; ou uso da bebida (ou de outra substância muito parecida) com a intenção de aliviar ou esvitar os sintomas da abstinência.
- » Evidência de tolerância, ou seja, são necessárias doses maiores da bebida para obter os mesmos efeitos que antes eram obtidos com doses menores.
- » Negligência progressiva de interesses ou prazeres alternativos devido ao uso, ou ao tempo necessário para obter ou consumir a bebida, ou para se recuperar de seus efeitos.
- » Persistência do uso da bebida, apesar das claras evidências de suas consequências prejudiciais à saúde.

SIM

Se 3 ou mais dessas características estiverem presentes,

o diagnóstico é:
DEPENDÊNCIA DE ALCÓOL

- » Informe claramente o paciente sobre os resultados da avaliação e sobre os riscos de curto e longo prazo de continuar a beber nos mesmos níveis atuais.
- » Aborde brevemente com o paciente o seu uso de drogas. **Veja Intervenção Breve » ALC 2.2 .**
- » Aconselhe a parar completamente com o uso de álcool.
- » Recomende o uso diário de 10 mg de tiamina.
- » Se a pessoa estiver disposta a tentar parar com o uso de álcool, ajude-a nesse sentido:
 - Identifique o melhor lugar para fazer isso.
 - Planeje a cessação do uso do álcool.
 - Arranje um lugar para fazer a desintoxicação, se for necessário.
 - Durante a desintoxicação, trate os sintomas de abstinência com diazepam. 🚫 » **ALC 3.1**
- » Após a desintoxicação, previna recaídas com medicamentos (naltrexona, acamprosato ou dissulfiram) 🚫, se estiverem disponíveis. » **ALC 3.2**
- » Avalie e trate qualquer comorbidade física ou psiquiátrica, idealmente depois de 2 a 3 semanas de abstinência, pois a maioria dos problemas desaparece nesse tempo.
- » Pense no encaminhamento a um grupo de autoajuda (como os Alcoólicos Anônimos) ou a uma comunidade terapêutica. » **ALC 2.3**
- » **JAMAIS** ministre qualquer punição, em nome do tratamento. 🚫
- » Cuide das necessidades habitacionais e de emprego. » **ALC 2.4**
- » Forneça informações e apoio ao paciente, a seus cuidadores e a seus familiares. » **ALC 2.5**
- » Se for possível, desenvolva intervenções psicossociais, tais como aconselhamento ou terapia familiar, aconselhamento ou terapia para a resolução de problemas, terapia cognitivo-comportamental, terapia de reforço motivacional, terapia de manejo de contingências. » **INT**
- » Avalie a necessidade de encaminhamento a serviços especializados. 🚫
- » Marque retornos conforme a necessidade, de início bem frequentes.
- » Busque a ajuda de especialistas sempre que necessário. 🚫

Uso de Álcool e Transtornos por Uso de Álcool

Particularidades da Intervenção

2.1 A obtenção da história clínica

Quando perguntar sobre o uso de álcool:

- » Pergunte sem indicar nenhuma preferência de resposta, e tente não demonstrar surpresa diante de nenhuma resposta.
- » Pergunte sobre o padrão e a quantidade do consumo de bebidas alcoólicas, e sobre quaisquer comportamentos associados ao uso de álcool que possam prejudicar a própria saúde, e a dos demais (por exemplo, onde, quando e com quem bebe habitualmente, o que desencadeia esse consumo, atividades durante a intoxicação, implicações financeiras, capacidade de cuidar das crianças, violência em relação a outros).
- » Pergunte sobre danos decorrentes do uso de outras drogas, mais particularmente:
 - ferimentos e acidentes
 - dirigir sob o efeito de outras drogas
 - problemas de relacionamento interpessoal
 - drogas injetáveis e os riscos a elas associados
 - problemas legais / financeiros
 - sexo arriscado enquanto intoxicado, motivo de arrependimento posterior
 - violência associada ao uso de bebidas alcoólicas, inclusive violência doméstica
- » Pergunte sobre o início e o desenvolvimento do uso de outras drogas em relação a outros eventos da vida, por exemplo, numa história cronológica.
- » Se houver evidências de uso nocivo ou arriscado de álcool, investigue a dependência, perguntando sobre o desenvolvimento de tolerância, sintomas de abstinência, uso de quantidades maiores ou por mais tempo do que pretendia, continuação do uso apesar de problemas relacionados, dificuldade para parar ou reduzir o uso, e fissura pela bebida.
- » Investigue as redes sociais do paciente, bem como sobre seus padrões de uso de bebidas alcoólicas e de outras drogas.

O que buscar no exame:

- » Presença de intoxicação ou de abstinência
- » Evidências de consumo pesado prolongado, tais como doenças hepáticas (fígado inchado, sinais periféricos de lesão hepática), cerebelares ou lesões do sistema nervoso periférico.

Exames a serem considerados (sempre que possível):

- » Enzimas hepáticas e hemograma completo.

2.2 Intervenções breves para reduzir o consumo nocivo de álcool

» Exemplos de formas de reduzir o uso nocivo ou arriscado de bebidas alcoólicas

- Não ter bebidas alcoólicas em casa.
 - Não frequentar bares nem outros lugares onde se consome álcool.
 - Pedir ajuda a familiares e amigos.
 - Pedir ao paciente que retorne com familiares ou amigos para discutir juntos sobre o que fazer dali em diante.
- #### » Como falar sobre o uso de drogas com pacientes
- Converse sobre o uso de bebidas alcoólicas de forma que a pessoa perceba que pode falar tanto do que acha de suas vantagens quanto de seus danos reais ou potenciais, levando em consideração o que a pessoa acha de mais importante em sua vida.

- Leve a conversa no sentido de uma avaliação dos efeitos positivos e negativos do álcool, questione opiniões exageradas sobre os benefícios e destaque alguns dos aspectos negativos que ela tenha minimizado.
- Evite discutir com a pessoa e tente mudar o jejelo ela apresentar resistências – buscando sempre o real impacto do álcool na vida daquela pessoa e que ela seja capaz de entender, naquele momento.
- Estimule a pessoa a decidir por si mesma se o padrão de uso de bebidas alcoólicas, principalmente após uma conversa equilibrada sobre os prós e os contras do padrão de uso atual.
- Se a pessoa ainda não estiver preparada para reduzir o uso do álcool, peça que retorne num futuro para continuarem a conversa, quem sabe acompanhado de um familiar ou amigo.

2.3 Grupos de autoajuda

- » Lembre-se de aconselhar as pessoas a dependerem de outros e procurarem um grupo de autoajuda como, por exemplo, Alcoólicos Anônimos. Procure facilitar o contato com o grupo, por exemplo, marcando uma entrevista e acompanhando a primeira sessão.

2.4 Necessidades habitacionais e de emprego

- » Sempre que possível, trabalhe com agências locais e comunitárias para fornecer emprego assistido ou treinamento. Muitas pessoas precisam de ajuda para retornar ao trabalho ou para obter um emprego, e para facilitar o acesso a oportunidades de emprego (ou de estudo), com base nas necessidades e habilidades da pessoa.

Particularidades da Intervenção

- » Sempre que possível, trabalhe com agências locais e recursos comunitários para conseguir algum tipo de alojamento (protegido ou não), bem como facilidades para viver independentemente, se necessário. Avalie cuidadosamente as capacidades da pessoa e a disponibilidade de álcool e outras drogas ao aconselhar sobre as melhores opções habitacionais.

2.5 Apoio a familiares e cuidadores

Converse com familiares e cuidadores sobre o impacto do uso de drogas e dos transtornos devidos ao uso de drogas neles mesmos e em outros membros da família, incluindo as crianças. Com base na informação das famílias:

- » Ofereça uma avaliação de suas necessidades pessoais, sociais e de saúde mental.
- » Forneça informações sobre o uso de outras drogas e os transtornos a ele relacionados.
- » Ajude a identificar fontes de estresse relacionadas ao uso de drogas; investigue métodos de enfrentamento e promova comportamentos efetivos de enfrentamento.
- » Informe-os e ajude-os com relação ao acesso a grupos de apoio (por exemplo, grupos de autoajuda de familiares e cuidadores) e outros recursos sociais.

2.6 Uso de álcool e outras drogas na adolescência

- » Deixe clara a confidencialidade das entrevistas sobre cuidados de saúde, incluindo as circunstâncias nas quais informações poderão ser dadas a pais e outros adultos.

- » Identifique as questões subjacentes mais importantes para o adolescente, levando em conta que os adolescentes, em geral, não são capazes de articular bem seus problemas. Isto significa ter que fazer claramente perguntas abertas sobre o acrônimo CEADS (Casa, Educação/Emprego, Atividades, Drogas e álcool, Sexualidade/Suicídio/Segurança) com tempo suficiente para as respostas.

- » Embora apresentem problemas menos graves relacionados ao abuso de álcool e outras drogas, os jovens podem ter dependência grave. É tão importante investigar os problemas com álcool e outras drogas em adolescentes quanto o é em adultos.

- » Forneça aos pais e aos adolescentes informações sobre os efeitos do álcool e de outras drogas na saúde individual e no funcionamento social.

- » É mais importante encorajar modificações no ambiente do que colocar o foco diretamente no adolescente como sendo o problema, por exemplo, encorajando uma maior participação na escola e no trabalho e em atividades pós-escola e pós-trabalho que ocupem o tempo do adolescente, e encorajando a participação em atividades grupais que facilitem a aquisição de habilidades por parte do adolescente e, ao mesmo tempo, contribuam para suas comunidades. É importante que os adolescentes se envolvam com atividades que sejam de seu interesse.

- » Estimule pais e adultos responsáveis a saber por onde o adolescente anda, com quem estão, o que fazem, quando voltam para casa e a esperar que o adolescente se responsabilize por suas atividades.

- » Estimule os pais a estabelecer expectativas claras (e, ao mesmo tempo, estar preparados para negociar essas expectativas com o adolescente) e a discutir sobre as consequências de seus comportamentos e seu desrespeito das expectativas.

- » Aconselhe os pais a limitar seus próprios comportamentos que possam estar contribuindo para o uso de álcool e outras drogas de seus filhos, incluindo a compra ou o oferecimento de bebidas, ou dar dinheiro que possam ser usados para comprar bebida ou drogas, tendo sempre em mente a influência potencial de seu próprio uso de álcool e drogas sobre seus filhos.

2.7 Mulheres: gravidez e amamentação

- » Aconselhe as mulheres que estão planejando engravidar, ou que já estejam grávidas, a evitar o uso de álcool completamente.

- » Informe as mulheres que mesmo pequenas quantidades de álcool no início da gravidez pode prejudicar o desenvolvimento do feto, e que maiores quantidades de álcool podem resultar numa grave síndrome de problemas do desenvolvimento chamada Síndrome Fetal pelo Álcool (SFA).

- » Aconselhe as mães que amamentam a evitar o álcool completamente.

- » Diante dos benefícios da amamentação exclusiva (principalmente nos seis primeiros meses), se as mulheres continuarem a beber, devem ser aconselhadas a limitar seu consumo de bebidas alcoólicas, e, a reduzir a quantidade de álcool no leite, dando de mamar antes de tomar qualquer bebida alcoólica e não dar de mamar até que os níveis de álcool no sangue caiam a zero (aproximadamente 2 horas para cada dose consumida, isto é, 4 horas, se tomou duas doses), ou retirar o leite para dar posteriormente.

- » Às mães com uso nocivo de drogas e filhos pequenos deve-se oferecer serviços de apoio social, onde houver, incluindo visitas pós-natais adicionais, treinamento dos pais, e cuidados das crianças durante as consultas

Particularidades da Intervenção

3.2 Medicamentos que previnem a recaída depois que a pessoa deixou a bebida

Há vários medicamentos úteis no tratamento da dependência alcoólica e que aumentam as probabilidades de que a pessoa se mantenha abstinente de bebidas alcoólicas. Os principais medicamentos são o acamprosato, a naltrexona e o dissulfiram. A decisão de usar esses medicamentos deve ser tomada levando em conta as preferências da pessoa e uma avaliação de riscos e benefícios (por exemplo, o risco aumenta se o medicamento for administrado por um trabalhador de saúde sem treinamento médico, ou se a pessoa tiver uma doença hepática, ou se usar outras drogas). Os três medicamentos devem ser evitados, na medida do possível, em mulheres grávidas ou que estejam amamentando, bem como em pessoas com disfunção hepática ou renal significativa, embora cada situação deva ser analisada individualmente. Onde houver um centro especializado (por exemplo, CAPSad), a pessoa poderá ser encaminhada para estes e outros tratamentos. A resposta efetiva a esses medicamentos pode incluir tanto uma abstinência completa como uma redução da quantidade e da frequência do uso de bebidas alcoólicas.

3.2.1 Acamprosato

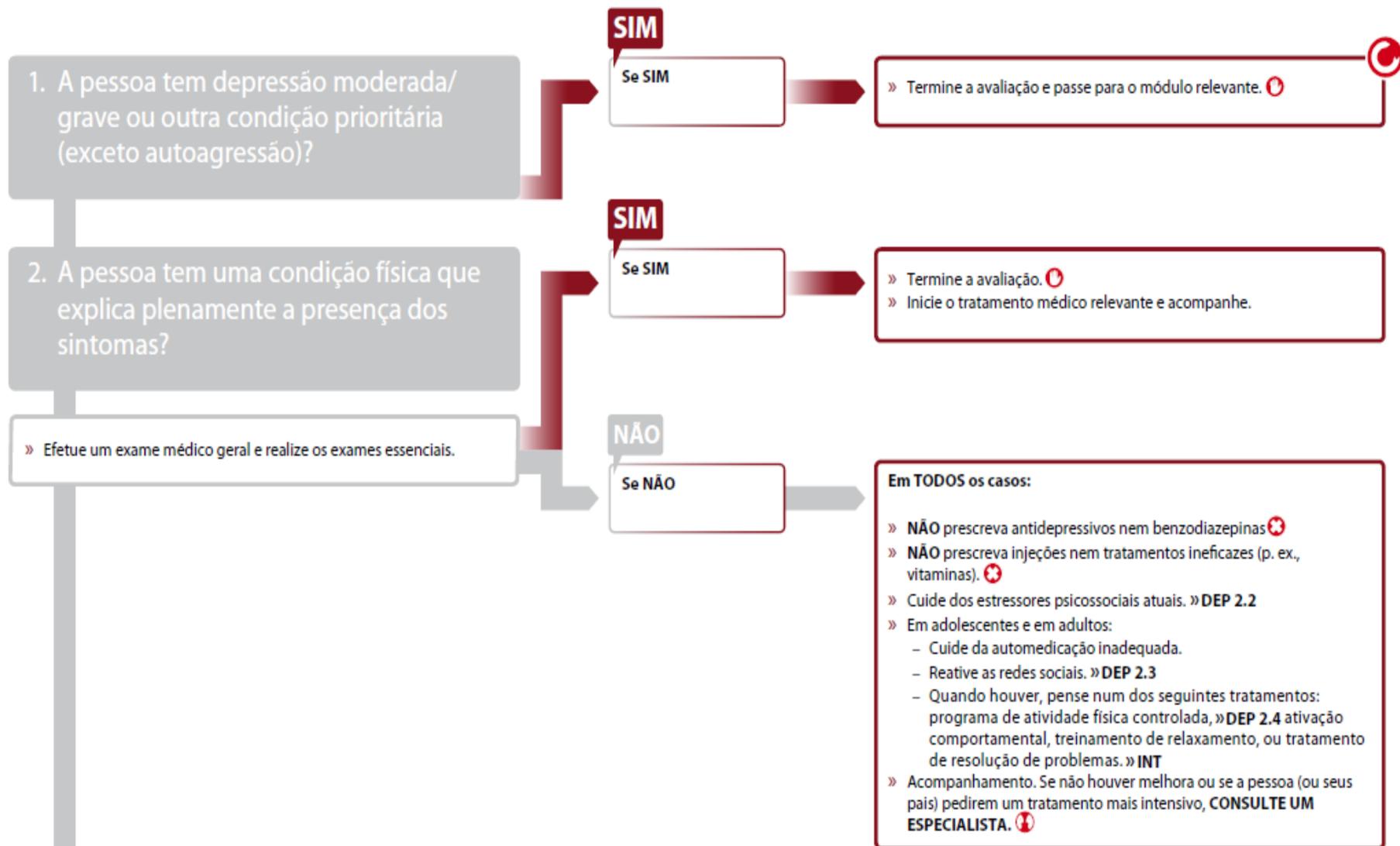
O acamprosato suprime a sensação de urgência para beber num dependente de álcool. Deve ser introduzido imediatamente após a conclusão do afastamento da bebida. Prescrevem-se 2 comprimidos (de 333 mg) três vezes ao dia, exceto em pessoas que pesam menos de 60 kg, que recebem 2 comprimidos duas vezes ao dia. O tratamento deve ser mantido por 12 meses. As reações adversas ao acamprosato ocorrem em cerca de 20% dos pacientes e incluem diarreia, náusea, vômitos, dores abdominais, prurido, ocasionalmente erupção cutânea maculopapular, e, raramente, reações dermatológicas bolhosas.

3.2.2 Naltrexona

A naltrexona também suprime a sensação de urgência para beber. Pode ser iniciada após a conclusão do afastamento da bebida, em dose de 50 mg por dia. A dose de manutenção é de 50-100 mg por 12 meses. É importante assegurar-se de que a pessoa não tenha usado nenhum opioide nos 7 dias anteriores. A pessoa deve ser informada que a naltrexona bloqueia a ação de medicamentos opioides, caso ela venha a precisar de analgesia por opioides no futuro próximo. As reações adversas ocorrem em cerca de 20% dos pacientes e incluem náusea, vômitos, dores abdominais, ansiedade, dificuldades para dormir, dor de cabeça, redução da energia, dores musculares e nas articulações. Como em altas doses pode ocorrer toxicidade hepática, nestes casos, se possível, deve-se fazer exames de função hepática rotineiramente.

3.2.3 Dissulfiram

O efeito do dissulfiram se baseia no receio de reações desagradáveis e potencialmente perigosas, que incluem rubor facial, náuseas, vômitos e desmaios, se a pessoa tomar bebidas alcoólicas na vigência do medicamento. A pessoa deve ser informada sobre seu mecanismos de ação e sobre a natureza da reação dissulfiram-álcool, incluindo o fato de que 1 em cada 15.000 pacientes tratados com dissulfiram morrem em consequência dessa reação (um risco que é baixo, se comparado ao risco de morrer de uma dependência alcoólica não tratada). O dissulfiram deve ser proposto a pacientes motivados para os quais a adesão pode ser monitorada pelos trabalhadores de saúde, pelos cuidadores ou familiares, e quando os prestadores de cuidados estão cientes dos efeitos adversos potenciais, incluindo a reação dissulfiram-álcool. A dose habitual é de 200 mg por dia. As reações adversas incluem tonturas, fadiga, náuseas, vômitos, diminuição da libido, reações psicóticas (raras), dermatite alérgica, neurite periférica e dano às células do fígado. O dissulfiram está contraindicado em pessoas com doença coronariana, insuficiência cardíaca, história de acidentes vasculares cerebrais, hipertensão, psicose, transtorno grave de personalidade e risco de suicídio.



Outras Queixas Emocionais Significativas ou sem Explicação Médica

Guia de Avaliação e Manejo

3. Há sintomas somáticos importantes sem explicação médica?

SIM

Se SIM

Siga as recomendações acima (para todos os casos) m

- » Evite exames/encaminhamentos desnecessários e não use placebos. ❌
- » Reconheça que os sintomas não são "imaginários".
- » Comunique os resultados dos exames dizendo que não há nenhuma doença grave, mas que é importante tratar o que incomoda.
- » Peça à pessoa que explique os sintomas somáticos.
- » Explique como as sensações corporais (dor de estômago, dor muscular) podem estar relacionadas a certas emoções.
- » Estimule a manutenção de (ou o retorno gradual a) suas atividades normais.
- » Aconselhe a pessoa a voltar para nova consulta se os sintomas piorarem.

4. A pessoa foi exposta recentemente a estressores extremos (perdas, eventos traumáticos)?

SIM

Se SIM

Siga as recomendações acima (para todos os casos) m

- » Em caso de perdas: apoie o luto/ adaptação de acordo com a cultura local e reative redes sociais. » DEP 2.3
- » Em caso de estresse agudo após um evento traumático: proporcione apoio psicológico (primeiros socorros psicológicos); não force a pessoa a falar; avalie as necessidades; assegure-se de que as necessidades físicas estejam cobertas; forneça ou mobilize apoio social e profissional adicional.
- » NÃO ofereça aprofundamento psicológico (*debriefing*), incentive nem insista em pedir à pessoa para relatar suas reações emocionais vivenciadas durante um evento estressante. ❌

5. Houve (1) ideias ou planos de suicídio/ autoagressão ou (2) atos de autoagressão durante o último ano?

SIM

Se SIM

- » Maneje tanto as queixas emocionais significativas ou sem explicação médica quanto o risco de autoagressão. » SUI 1

As intervenções descritas nesta seção cobrem intervenções tanto psicológicas como sociais que requerem a dedicação de um tempo considerável. Várias dessas intervenções são conhecidas como psicoterapias ou tratamentos psicológicos. Na maior parte do mundo, estes tratamentos tendem a ser prestados por especialistas especialmente treinados. Todavia, eles também podem ser prestados por trabalhadores de saúde não especializados sob supervisão. Estes tratamentos psicológicos geralmente são prestados semanalmente, ao longo de vários meses, numa base individual ou grupal.

Algumas dessas intervenções, como a terapia cognitivo-comportamental ou a psicoterapia interpessoal têm sido aplicadas com sucesso, em países de baixa renda, por trabalhadores de saúde comunitária, como parte de programas de pesquisa que garantiam que esses trabalhadores dispunham do tempo necessário para aprender e para aplicar essas intervenções, sob supervisão. Estes exemplos demonstram que essas intervenções podem ser disponibilizadas por recursos humanos não especializados, o que abre a possibilidade de sua disseminação em grande escala.

Essa ampla disseminação requer investimentos. Os gestores dos serviços de saúde deveriam alocar recursos humanos suficientes para os cuidados de transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas a fim de assegurar a ampla disponibilidade das intervenções incluídas nesta seção.

O restante desta seção fornece descrições sumárias de cada uma dessas intervenções. Em cada um dos demais módulos, estas intervenções estão marcadas pela abreviatura, » **INT** que indica que elas requerem um uso relativamente mais intensivo de recursos humanos. É necessário desenvolver tanto protocolos como manuais de treinamento específicos para a implementação dessas intervenções em locais de cuidados de saúde não especializados

Ativação comportamental

A ativação comportamental, que é também um componente da terapia cognitivo-comportamental para a depressão, é um tratamento psicológico que se concentra numa reestruturação das atividades a fim de encorajar a pessoa a deixar de evitar atividades que são gratificantes. Este Manual a recomenda como uma opção terapêutica para a depressão (incluindo a depressão bipolar) e outras queixas emocionais ou sem explicação médica significativas.

Terapia cognitivo-comportamental (TCC)

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) se baseia na ideia de que os sentimentos são afetados pelo pensamento e pelo comportamento. As pessoas com transtornos mentais tendem a ter pensamentos distorcidos, desvinculados da realidade. A TCC tipicamente tem um componente cognitivo (ajudar a pessoa a desenvolver a habilidade para identificar e questionar pensamentos negativos desvinculados da realidade) e um componente comportamental. A TCC varia conforme o problema de saúde mental. Este Manual a recomenda como uma opção terapêutica para a depressão (incluindo a depressão bipolar), transtornos comportamentais, transtornos por uso de álcool ou transtornos por uso de drogas, e também a recomenda como uma opção terapêutica para a psicose, logo após a fase aguda.

Terapia de análise de contingências

A terapia de análise de contingências é um método estruturado de recompensar certos comportamentos desejados, tais como comparecer às consultas, seguir o tratamento proposto e evitar o uso de substâncias nocivas. As recompensas pelos comportamentos desejados são reduzidas com o passar do tempo, na medida em que as recompensas naturais se estabelecem. Este Manual o recomenda como terapia para pessoas com transtornos por uso de álcool ou transtornos por uso de drogas.

Aconselhamento ou terapia familiar

O aconselhamento ou terapia familiar deveria incluir o paciente, se possível. Implica várias sessões planejadas (em geral, mais de seis) ao longo de alguns meses. Pode ser aplicada a uma família apenas ou a grupos de famílias, e tem funções terapêuticas ou de apoio. Em geral, inclui um trabalho de resolução de problemas e de manejo de crises. Este Manual o recomenda como uma terapia para pessoas com psicose, transtornos por uso de álcool ou transtornos por uso de drogas.

Terapia interpessoal (TIP)

A terapia interpessoal (TIP) é um tratamento psicológico destinado a ajudar uma pessoa a identificar e cuidar de problemas no seu relacionamento com familiares, amigos, parceiros e outras pessoas. Este Manual o recomenda como uma opção terapêutica para a depressão, inclusive a depressão bipolar.

Terapia de incremento motivacional

A terapia de incremento motivacional é uma terapia estruturada que dura quatro sessões ou menos destinada a ajudar pessoas dependentes de álcool ou de outras drogas. Basicamente, é uma abordagem para motivar uma mudança através de técnicas de entrevista motivacional, descritas na seção sobre intervenções breves. » **ALC 2.2** Este Manual o recomenda como uma terapia para pessoas com transtorno por uso de álcool ou transtornos por uso de drogas.

Treinamento em habilidades para pais de crianças e adolescentes com transtornos comportamentais

O treinamento em habilidades para pais de crianças e adolescentes com transtornos comportamentais é um treinamento focalizado em interações e comunicação emocional entre pais e filhos, que ensina a importância da consistência dos pais, desestimula punições muito severas e requer a prática de novas habilidades com os filhos durante o treinamento. Embora seu conteúdo deva ser adequado à cultura local, não deve permitir a violação dos direitos humanos básicos da criança, de acordo com princípios aceitos internacionalmente. Treinar os pais implica o treinamento prévio dos trabalhadores da saúde.

Treinamento em habilidades para pais de crianças e adolescentes com transtornos do desenvolvimento

O treinamento em habilidades para pais de crianças e adolescentes com transtornos do desenvolvimento implica usar um material de treinamento adequado à cultura local relevante para melhorar o desenvolvimento, o funcionamento e a participação da criança na vida familiar e comunitária. Utiliza técnicas que ensinam habilidades sociais, de comunicação e comportamentais específicas que empregam princípios comportamentais (p. ex., ensinar novos comportamentos através de sua recompensa, ou abordar comportamentos problemáticos, analisando cuidadosamente os desencadeantes desses comportamentos) a fim de modificar fatores ambientais tributários. Os pais precisam ser apoiados durante a aplicação do treinamento. Os pais de crianças com certos graus de deficiência intelectual e problemas comportamentais específicos precisam desenvolver habilidades adicionais adaptadas às necessidades de seus filhos. Os trabalhadores de saúde precisam de um treinamento adicional para poder treinar os pais.

Aconselhamento ou terapia de resolução de problemas

O aconselhamento ou terapia de resolução de problemas é um tratamento psicológico que oferece um apoio direto e prático. O terapeuta e o paciente trabalham juntos para identificar e isolar áreas problemáticas chave que podem estar contribuindo para os problemas de saúde mental daquele paciente, para decompô-las em tarefas específicas e manejáveis, resolvê-las e desenvolver estratégias de enfrentamento de problemas particulares. Este Manual o recomenda como uma opção terapêutica adjunta para a depressão (inclusive a depressão bipolar) e como uma opção terapêutica para transtornos por uso de álcool ou transtornos por uso de drogas. Também é recomendado para auto-agressão e para outra queixas emocionais ou sem explicação médica significativas, ou pais de crianças e adolescentes com transtornos comportamentais.

Relaxamento

Esta intervenção é um treinamento em técnicas como exercícios respiratórios e relaxamento progressivo a fim de obter a resposta de relaxamento. O relaxamento progressivo ensina como identificar e relaxar grupos musculares específicos. O tratamento habitualmente consiste em exercícios diários de relaxamento durante 1-2 meses, no mínimo. Este Manual o recomenda como uma opção terapêutica adjunta para a depressão (inclusive a depressão bipolar) e como uma opção terapêutica para outra queixas emocionais ou sem explicação médica significativas.

Terapia de habilidades sociais

A terapia de habilidades sociais ajuda a reconstruir habilidades e estratégias de de enfrentamento em situações sociais a fim de reduzir o desconforto na vida diária. Usa *role-playing*, tarefas sociais, encorajamento e reforçamento social positivo para ajudar a melhorar a habilidade de comunicação e de interação social. O treinamento de habilidades pode ser feito individualmente, com famílias e com grupos. O tratamento habitualmente consiste em sessões de 45 a 90 minutos, uma ou duas vezes por semana, por um período inicial de 3 meses, e uma vez por mês, daí em diante. Este Manual o recomenda como uma opção terapêutica para pessoas com psicose ou transtornos comportamentais.