CURSO DE CAPACITAÇÃO EM
SAÚDE MENTAL
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

MÓDULO 4

CLINICA DA SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

ALICE LOPES DO AMARAL MENEZES
CELINA RAGONI DE MORAES CORREIA

SÃO LUIS/MA
2017

CURSO DE CAPACITAÇÃO EM
SAÚDE MENTAL
NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

OBJETIVOS

- Conhecer as principais manifestações dos TMC na atenção primária.
- Identificar os principais fatores de risco para o desencadeamento dos Transtornos Mentais Comuns na atenção primária.
- Compreender o manejo farmacológico dos principais Transtornos Mentais Comuns.
- Conhecer as técnicas para uma abordagem psicossocial do cuidado ao paciente com transtorno psíquico.

1 INTRODUÇÃO

Para estudar sobre os transtornos mentais comuns e compreender sobre a manifestação dos sintomas e manejo terapêutico com o paciente, será apresentado a estória do casal Pedro e Regina.

Qualquer semelhança desse caso com a realidade não é mera coincidência. Por ser inspirado em pessoas e fatos reais, a situação apresentada traz informações que espelham contextos da realidade brasileira, exemplificando problemas que muitas pessoas vivenciam, exprimindo as dificuldades e vulnerabilidades sociais que atravessam, revelando a aflição e as manifestações de sofrimento que muitas expressam ao enfrentar situações complexas e frágeis e condições de vida.

Nesse sentido, cada personagem desse caso reúne aspectos que se assemelham àqueles de vários pacientes atendidos cotidianamente na Estratégia Saúde da Família e, por isso, serão tomados como exemplo para a apresentação das explicações técnicas.

CASO CLINICO

Pedro, 42 anos, natural do Amazonas, morador da periferia do Rio de Janeiro, casado, tabagista, trabalhava como motorista de ônibus há oito anos e recentemente ficou desempregado. Estava no mercadinho perto de sua casa quando começou a passar mal sentindo as mãos suarem, o coração disparar, tonteira, além de ter a impressão de que “ia bater pino”. Foi imediatamente levado por parentes para atendimento no hospital de emergência local, onde passou por uma avaliação clínica sendo aferida pressão 140 por 90 mmHg. Também fez um eletrocardiograma (ECG) e dosagem enzimática cardíaca para avaliação de infarto agudo do miocárdio (IAM), não sendo constatadas quaisquer alterações nos exames. Ainda alarmado, Pedro buscou atendimento particular com um cardiologista, que lhe receitou bromazepam em função do seu nervosismo. Poucos dias depois dessa consulta, Pedro passou mal novamente, sentindo os mesmos sintomas anteriores. Dessa vez, porém, decidiu buscar ajuda na

clínica da ESF, onde sua esposa Regina está sendo acompanhada, com o intuito de renovar a sua receita de bromazepam, dado que esta é de uso controlado.

Maranhense de Alcântara, Regina, 39 anos, conheceu Pedro há cerca de 20 anos, quando ele lá esteve para ser padrinho de casamento de um sobrinho de sua mãe Dona Ivone. Poucos anos depois, perseguindo uma boa oportunidade de trabalho, Pedro e Regina mudaram-se para o Rio de Janeiro e tiveram três filhos: Alexandre (18 anos), Fábio (15 anos) e Luana (7 anos).

Nos últimos quatro meses, Regina tem se sentido muito desanimada e sem disposição para cumprir tanto suas atividades domésticas, quanto suas tarefas de costureira. Evita se relacionar com os vizinhos porque todos "sabem" que Pedro, quando bebe demais, a agride na frente dos filhos e da sogra. Agendou uma consulta na ESF na qual relatou ao médico que, além do cansaço, vem emagrecendo bastante apesar de não estar fazendo dieta. Disse que não "dá conta" de suas responsabilidades, exemplificando com o fato de ter perdido a data para matricular Fábio e Luana na escola, o que acarretou na perda do direito a receber a bolsa família do governo. Isso agravou sua ideia de que é uma inútil. Regina também se queixou de que seu estado piorou depois que sua sogra D. Ivone começou a morar com eles e seu filho mais velho passou "dar umas sumidas". Ademais, Regina não consegue se acostumar com o som dos tiros durante a madrugada e teme que seu filho possa se envolver em atividades ilegais.

Após o falecimento do pai de Pedro há oito meses, D. Ivone (67 anos) veio do Maranhão para o Rio de Janeiro. Portadora de HAS e DM, ela está muito nervosa com a situação de sua família. Irritada com o desleixo de Regina com a casa e com os netos fora da escola, tem brigado muito com sua nora. Mesmo tomando diazepam todas as noites, não consegue dormir direito com tantas preocupações e passa noites em claro pensando: "como será o sustento de todos? Como vamos viver?" A artrose vem dificultando bastante a sua locomoção nas redondezas (inclusive até a ESF) onde há muitas ladeiras e escadas e sente-se um "peixe fora d´água" na comunidade, pois ainda não conhece ninguém além de seus familiares.

CASO CLINICO - APÓS ALGUM TEMPO ...

Regina não retornou à ESF para fazer a consulta de acompanhamento e piorou. Ultimamente, não vê saída para os problemas que sua família está passando, só pensa em coisas muito ruins e não tem tido forças para levantar da cama pela manhã. Sente-se cada vez mais fraca. Esperança, sua vizinha e agente comunitária de saúde, está muito assustada com a falta de reação de Regina diante dos problemas, visto que sempre a viu como uma mulher muito batalhadora.

QUESTÃO NORTEADORA 1

Que tipo de problema de saúde mental Pedro, Regina e Ivone têm em comum?

Resposta:

Pedro, Regina e Ivone, pacientes do caso descrito, apresentam Transtornos Mentais Comuns, a forma mais comum de apresentação do sofrimento psíquico na APS.

A seguir, você encontrará informações sobre os Transtornos Mentais Comuns (TMC) incluindo: a definição, a epidemiologia, a etiologia, as principais formas de manifestação, as dificuldades de manejo suas principais complicações.

2 TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

a) Definição

Os Transtornos Mentais Comuns (TMC) representam a forma mais comum de apresentação de sofrimento emocional nas unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Podem se apresentar através de diversos sintomas, tais como:

Quadro 1 - Sintomas dos Transtornos Mentais Comuns.

Sintomas	Queixas somáticas inespecíficas	Dores de cabeça
	Irritabilidade	Fadiga
	Insônia	Esquecimento
	Nervosismo	Falta de concentração

O conceito abarca um misto de sintomas depressivos, ansiosos e somáticos menos estruturados e de menor gravidade do que aqueles atendidos em unidades especializadas, frequentemente associados a problemas psicossociais, critérios para os diversos subtipos de transtornos depressivo-ansiosos e podem demandar cuidado mais intensivo, incluindo atendimento especializado. Nesse sentido, inclui uma gama ampla da população que necessita de algum cuidado em saúde mental, tanto aqueles que não necessariamente são portadores de um diagnóstico psiquiátrico conforme as classificações existentes, quanto os que apresentam os transtornos descritos nos manuais (GOLDBERG, 2014a).

b) Epidemiologia

A prevalência dos Transtornos Mentais Comuns dentre os usuários atendidos em unidades gerais de saúde é muito alta. Estudos nacionais apontam que cerca de 50% dos usuários atendidos por equipes da APS e da estratégia de saúde da família

(ESF) apresentam esse tipo de sofrimento, sendo que, em média, 35% deles têm alterações de intensidade grave, preenchendo critérios para transtornos mentais específicos como depressão e ansiedade. Por outro lado, 20 a 30% apresenta remissão espontânea dos sintomas e melhora quando apoiados pelas equipes de saúde, individualmente ou em grupo. Logo, apesar de possuírem algumas características em comum, não constituem um grupo homogêneo, estando associados a diferentes quadros, que muitas vezes requerem uma abordagem específica (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008).

c) Etiologia

A literatura aponta para a importância do papel dos determinantes sociais em saúde no que se refere à etiologia dos Transtornos Mentais Comuns, uma vez que diversos estudos reforçam sua associação com condições psicossociais adversas, tais como a pobreza extrema, baixa escolaridade, frágil rede de suporte e eventos de vida produtores de estresse. Em recente estudo nacional multicêntrico para avaliação da prevalência e fatores sociodemográficos associados envolvendo uma amostra de mulheres atendidas em unidades de saúde da família de cinco cidades brasileiras (Rio de Janeiro, Fortaleza, São Paulo, Porto Alegre), a proporção de pacientes com TMC (GHQ 2/3) variou de 51,9% (Rio de Janeiro) a 64,3% (Porto Alegre), sendo associada a ser do sexo feminino, ao desemprego, a baixa escolaridade e a baixa renda (GONÇALVES et al., 2014).

A associação dos TMC com a adversidade psicossocial está para além da literatura, podendo ser observada na prática dos profissionais da atenção básica, que, ao lidarem com condições de importante vulnerabilidade, frequentemente se sentem impotentes diante deste sofrimento mental, encarando-os como “problemas sociais”. Entretanto, sabe-se hoje que a vulnerabilidade psicossocial pode elevar as chances de desenvolvimento do sofrimento psíquico. O comprometimento funcional associado ao sofrimento psíquico, por sua vez, pode ocasionar uma piora das condições psicossociais. Não faz sentido, portanto, abordá-los de forma isolada.

De fato, a ampliação do olhar sobre o sofrimento psíquico e a investigação de suas raízes psicossociais é um dos principais objetivos deste modulo sobre os TMC. Este favorece não só a percepção da vulnerabilidade em saúde mental de populações com privações econômicas e sociais, como também o desenvolvimento de estratégias de cuidado ampliadas, tendo como foco a potência das redes de apoio social, que podem ser fortalecidas através de atividades de grupo e a criação de espaços de apoio.

Nesse sentido ao avaliar uma família como a apresentada no caso descrito acima, é preciso considerar não apenas as queixas e o estado emocional de cada pessoa (Regina, Pedro, Dona Ivone, filhos), mas também analisar o contexto psicossocial na qual ela vive. Nesse caso, no nível comunitário e familiar, alguns aspectos indicam um contexto de vulnerabilidade social: a moradia em área de periferia; a violência na comunidade, bem como a violência doméstica; o desemprego e/ou subemprego dos chefes de família; a falta de matrícula de crianças em idade escolar; o recebimento de bolsa família; o possível envolvimento de jovens em atividades ilegais ou ilícitas.

O fato de estarmos lidando com reações emocionais às dificuldades de vida não reduz a importância de reconhecimento deste sofrimento e da oferta de acolhimento, escuta

d) Formas de apresentação: particularidades e complexidades diagnósticas

O diagnóstico destes casos deve ser cuidadoso. Como vimos anteriormente, as limitações das classificações diagnósticas neste contexto, com uma apresentação clínica distinta, faz com que nem sempre os pacientes preencham todos os critérios diagnósticos.

O exemplo mais claro disso é a separação diagnóstica dos transtornos de humor e os transtornos de ansiedade em inúmeros subtipos, não incluindo a avaliação de sintomas de ansiedade no diagnóstico da depressão, embora esta associação seja extremamente frequente na prática clínica. É claro que entre os diagnósticos nosológicos mais comuns no contexto da APS e presentes no caso acima descrito,

destacam-se o diagnóstico de depressão e de ansiedade, mas os quadros mistos são os preponderantes (FORTES; VILLANO; LOPES, 2008).

Além disso, segundo as classificações tradicionais, os quadros subliminares, mais próximos da normalidade e tão frequentes na APS e associados a comprometimento funcional significativo, frequentemente são negligenciados, não permitindo que o cuidado a esta importante demanda seja devidamente qualificado.

Os pacientes com este tipo de sofrimento psíquico costumam procurar a ajuda da equipe de saúde a partir de queixas sem explicação médica e metáforas culturalmente determinadas tais como “bolo na garganta”, “tremura nas carnes”, “nervos abalados” e diversos tipos de dores.

A partir das particularidades e a complexidade envolvendo a apresentação dos Transtornos Mentais Comuns no contexto da APS citadas acima, torna-se necessária à utilização de novos modelos que possam abarca-las, tal como o conceito de Depressão-Ansiosa e Sintomas sem Explicação Médica, que apesar de apresentados em seções distintas a seguir, encontram-se muitas vezes juntos na prática dos profissionais da APS.

- **Depressão-Ansiosa**

Como vimos anteriormente, os pacientes com sofrimento psíquico que procuram as equipes da APS são diferentes daqueles atendidos na atenção especializada, havendo um predomínio de queixas somáticas sem explicação médica, tais como “bolo na garganta”, “tremores na carne” e diversos tipos de dores associadas a sintomas depressivos e ansiosos em relação a casos isolados de ansiedade ou depressão.

Nesse sentido, como já abordado neste módulo, surge a necessidade de reavaliar as categorias diagnósticas em saúde mental na APS, dando origem a um novo

modelo que seja representativo da maioria dos pacientes com sofrimento psíquico neste contexto: a Depressão-Ansiosa.

Ao contrário das categorias diagnósticas anteriores que separam os sintomas de ansiedade e de depressão e que utilizam o conceito de comorbidade para abarcar apresentações em que tanto, sintomas de ansiedade quanto sintomas de depressão se fazem presente, a nova classificação abarca em uma só categoria a apresentação mais comum observada na prática da APS, isto é, um misto de sintomas ansiosos e depressivos (GOLDBERG, 2014a).

A literatura aponta para a associação entre a Depressão-Ansiosa e a presença de queixas médicas inexplicáveis. Trata-se de sintomas físicos pouco definidos, para os quais não se verificam alterações anatomopatológicas que os justifique, tal como tremores, “bolo na garganta”, fadiga, “nervoso”. Seus portadores são frequentemente denominados pejorativamente de “poliqueixosos”.

Esta associação entre os sintomas depressivos e ansiosos e queixas médicas inexplicáveis talvez nos ajude a compreender por que pacientes com Depressão-Ansiosa frequentemente buscam unidades de APS ao invés de serviços especializados de saúde mental. Além disso, uma vez que o sofrimento psíquico apresentado não é considerado “típico” de acordo com os critérios tradicionais em psiquiatria, esta demanda muitas vezes não só não é referenciada a um profissional de saúde mental, como também frequentemente não é reconhecida pelos próprios psiquiatras quando chega até eles.

O não reconhecimento desta demanda é um problema de saúde pública, uma vez que se trata de uma importante causa de busca de atendimento médico e cerca de 50% pode evoluir para formas mais severas de sofrimento psíquico.

Tal como os outros transtornos mentais na APS, a Depressão-Ansiosa também está intimamente relacionada aos estressores psicossociais. Ainda assim, representam importante demanda de atendimento em unidades de APS e a sua identificação vem no sentido de qualificar o cuidado a esta clientela.

IMPORTANTE!

Destaca-se que a abordagem destes quadros não deve estar centrada na prescrição de antidepressivos, mas principalmente incentivando outras estratégias de cuidado que têm se mostrado efetivas podem ser utilizadas no contexto da APS, como a psicoeducação, grupos de apoio, higiene do sono, atividade física regular, etc. (GOLDBERG, 2014b).

Em breve nos aprofundaremos nestas abordagens, essenciais no que se refere ao cuidado em saúde mental na APS.

- **Sintomas sem explicação médica**

Sensações somáticas anormais são comuns na vida das pessoas. Na maior parte das vezes, essas sensações não serão associadas a uma doença e terminarão por desaparecer espontaneamente, não repercutindo no sistema de saúde. Porém, sensações físicas anormais, além de serem causadas por alterações somáticas normais ou por doenças somáticas, também podem estar associadas a diferentes tipos de sofrimento emocional. É um fato bem conhecido que tristeza ou angústia, sentimentos frequentes na vida humana, têm um componente físico: um aperto no peito, o corpo dolorido, dificuldade de respirar ou um grande cansaço (GUSSO; LOPES, 2012).

Como vimos, as formas mais frequentes de apresentação do sofrimento emocional na APS - as síndromes ansiosas e depressivas - são acompanhados de diversos sintomas físicos, tais como cansaço, astenia, fadiga, palpitações, dores, dispneia, sudorese de extremidades, entre outros. Em casos mais graves, as próprias queixas somáticas sem explicação médica são o problema principal - como nos quadros conversivos ou nas síndromes funcionais.

É notável a dificuldade de uma delimitação precisa dos sintomas apresentados em quadros nosológicos específicos, podendo ser detectados mais de um quadro clínico associado. Nesse sentido, sua classificação segundo os critérios diagnósticos

tradicionais, denominados Transtornos Somatoformes é bastante controversa e vem sendo revista no contexto da APS a saúde (TOFOLI; ANDRADE; FORTES, 2011).

Logo, embora os sintomas sem explicação médica possam exibir diferentes formas de apresentação, estes têm em comum uma manifestação difusa, pouco definida, para os quais não se verificam alterações anatomopatológicas que os justifiquem (GUSSO; LOPES, 2012).

Outro ponto em comum é a rejeição frequente de seus portadores pelos profissionais de saúde, sendo pejorativamente denominados “poliqueixosos” pelos profissionais de saúde. Além disso, de uma forma geral, encontram-se fortemente associados à adversidade psicossocial: situação de pobreza, baixa escolaridade, condições precárias de trabalho e violência em suas diversas formas (TOFOLI; ANDRADE; FORTES, 2011).

Nesse sentido, mais que um novo rótulo que os destaquem diante das outras categorias psiquiátricas, os sintomas somáticos sem explicação médica apontam para um padrão cultural que refletem verdadeiras linguagens de sofrimento, isto é, formas de comunicar um sofrimento emocional que pode encontrar na APS um espaço de acolhimento.

QUESTÃO NORTEADORA 2

No contexto da Atenção Primária em Saúde (APS), como identificar as apresentações clínicas de ansiedade e depressão e como estar atento a seus sinais de gravidade?

Resposta:

Embora a apresentação de TMC mais prevalente na APS seja de quadros de depressão-ansiosa, onde observamos um quadro misto de sintomas de ansiedade e depressão, veremos que em seus critérios diagnósticos misturam critérios diagnósticos de ansiedade e depressão.

A seguir você encontrará o principal conjunto de sinais e de sintomas atribuíveis à ansiedade e a depressão, tal como de alguns dos sintomas-sentinela e sinais de gravidade de ambos os quadros.

2.1 Depressão-Ansiosa

Quadro 2 - Sinais e sintomas da ansiedade e depressão.

DEPRESSÃO-ANSIOSA
Critérios diagnósticos
➢ Não deve haver episódios maníacos prévios. ➢ Deve haver, no mínimo, 3 sintomas de ansiedade e 3 sintomas de depressão, nas últimas duas semanas, a seguir:
Os "sintomas de ansiedade" são:
○ Sentir-se nervoso, ansioso ou no limite (S)
○ Não ser capaz de controlar as preocupações (S)
○ Dificuldade em relaxar
○ Muito inquieto que é difícil ficar parado
○ Medo de que algo terrível ocorra
Os "sintomas depressivos" são:
○ Humor persistentemente deprimido (S)
○ Significativa diminuição de interesse ou prazer (S)
○ Sentimentos de autodesvalorização ou culpa
○ Dificuldade de concentração
○ Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio
OBS: Um ou mais "S" devem estar presentes no quadro clinico.

2.1.1 Sinais e sintomas de ansiedade no contexto da APS

Avalie a presença de alguns dos sintomas físicos, emocionais e de condutas citados no quadro 3.

Quadro 3 - Sintomas físicos, emocionais e de conduta.

Físicos	Vegetativos	Suores, boca seca, tonteira, vertigem
	Neuromusculares	Tensão muscular, cefaleia, dores musculares, tremor, parestesias
	Cardiovascular	Palpitações, taquicardia, dor torácica
	Respiratórios	Dispneia, hiperventilada
	Digestivos	Falta de apetite, dificuldade para engolir, náuseas, vômitos, dispepsia, diarreia, aerofagia, meteorismo
	Genitourinários	Micção frequente, problemas sexuais
Emocionais e de Conduta	Nervosismo, reações de sobressalto, impaciência	
	Preocupação, sensação de fardo	
	Inquietude ou inibição psicomotora	
	Irritabilidade	
	Dificuldade de concentração e falha de memória para fatos recentes	
	Evitação de situações temidas	
	Medo de perder o controle ou sensação de morte iminente	
	Alterações do sono, pesadelos	
	Medo de estar fora de casa ou ficar sozinho	
	Obsessões e compulsões	

2.1.2 Rastreio da ansiedade no contexto da APS

As diferenças culturais existentes na linguagem e nos significados associados a estes transtornos em diferentes grupos étnicos tornam o rastreio através de um instrumento único controverso para diferentes populações, mas questionários podem

ajudar a nos guiar diante de uma suspeita de transtorno de ansiedade. Um exemplo claro disso no Brasil é a utilização comum do termo “problema de nervos” ou simplesmente “nervoso” pela classe trabalhadora. No cartão BABEL, há uma sugestão de um instrumento de rastreio para os transtornos de ansiedade generalizada, que inclui o sintoma de “nervoso”.

Sintomas de ansiedade podem ser secundários a doenças físicas, uso de medicamentos, secundários a outros quadros psiquiátricos ou intoxicação/abstinência de substâncias psicoativas. É preciso, entretanto, tomar cuidado com o modelo excludente, uma vez que a presença de uma doença física pode aumentar as chances de desenvolvimento de transtorno mental e este, por sua vez, pode agravar o prognóstico de uma doença física. O mesmo vale para o uso de substâncias, já que a presença de transtorno mental pode predispor ao uso de substâncias e este, por sua vez, contribuir para o desenvolvimento de um transtorno mental.

2.2 Avaliação de causas secundárias de ansiedade

Quadro 4 - Causas secundárias de ansiedade.

Causas	Hipertireoidismo Anemia Hipoglicemia Baixa oxigenação Vestibulopatias, etc.	Broncodilatadores Insulina e hipoglicemiantes orais Corticosteroides Anti-inflamatórios Hormônios tireoidianos Anti-hipertensivos Simpaticomiméticos

Fonte: Adaptado de: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria**. Washington, DC: OPAS, 2013. (Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares Nº. 25). Disponível em: <http://www.paho.org/blogs/paltex/wp-content/uploads/2014/01/SaludMental_paratrabajadores_APS1.pdf>.

O quadro 5 mostra o resumo dos principais tipos de transtornos de ansiedade e sua forma de apresentação a partir de sintomas-sentinela.

Quadro 5 - Principais tipos de transtornos de ansiedade e suas respectivas formas de apresentação.

Transtorno de Ansiedade Generalizada
O indivíduo sente a maior parte do tempo nervosismo, preocupações exageradas, inquietude, irritabilidade, tensão muscular, dores de cabeça, pressão no peito, tremor, dificuldade de concentração, insônia, etc. É o tipo de ansiedade mais frequente.
Crises de pânico
Caracteriza-se por crises intensas de ansiedade de início agudo e curta duração (menos de uma hora) nas quais a pessoa apresenta a sensação de morte iminente, temendo estar sofrendo de um “ataque cardíaco” ou doutras enfermidades agudas devido a fortes sintomas somáticos, tais como palpitações, dores torácicas, sufocamento, sudorese. Embora possa ocorrer isolado, sendo definido então como transtorno de pânico, que é um quadro clinico raro nos estudos brasileiros, na APS, na maior parte das vezes as crises de pânico ocorrem em pacientes já portadores de transtornos depressivo-ansiosos e significam uma intensificação do quadro clinico, sendo sinal de gravidade (FORTES; VILLANO, LOPES, 2008).
Transtorno de estresse pós-traumático
Ocorre em indivíduos que enfrentaram uma situação traumática (acidente, abuso sexual, tortura, desastre natura) ou foram expostos a situações traumáticas de forma repetida (violência urbana, violência doméstica, etc.), provocando danos físicos ou psíquicos graves. Tipicamente o indivíduo apresenta sintomas ansiosos relacionados à recordação recorrente da situação traumática, estado constante de alerta acompanhado de sintomas somáticos de ansiedade, pesadelos recorrentes envolvendo o trauma, além da evitação de situações que lhe remetam à experiência traumática. Como sinal de gravidade pode ocorrer a presença de uma sensação de “vazio emocional” que muitas vezes é descrito como uma perda da capacidade de sentir, incluindo sentimentos positivos como amor e amizade.

Transtorno obsessivo-compulsivo
Os sintomas centrais são pensamentos repetitivos e intrusivos (obsessões) que provocam ansiedade e/ou comportamentos repetitivos (compulsões e rituais, muitas vezes descritas como “manias”) que quando não realizados provocam uma forte ansiedade. Em função dos casos severos poderem produzir comprometimento funcional significativo.
Fobia social
Temor intenso com evitação de situações em que outras pessoas podem observar o indivíduo com maior atenção e/ou criticá-lo (ex: apresentar trabalhos, entrevistas de emprego ou mesmo comer em público).
Fobias específicas
Medos irracionais e evitação de objetos ou situações tais como: andar de avião, alturas, animais, escuro, sangue, injeções, dentistas, etc. A exposição em alguns casos podem ser seguidas de desmaios em função de uma resposta vaso-vagal.
Agorafobia
Temor e evitação de situações das quais seja difícil ou vergonhoso escapar, como multidões, lugares públicos, viagens longe de casa, etc. (FORTES; VILLANO, LOPES, 2008).

2.3 Sinais de depressão no contexto da APS

Figura 1 - Sinais de depressão.

Saúde Mental	Saúde física
•Sofrimento em função dos sintomas; •Irritabilidade; •Redução da capacidade de trabalho, estudo, realização de atividades domésticas e de participação social; •Ideação de morte; •Dano ao vínculo da mãe com o filho récem-nascido; •Atraso de desenvolvimento de crianças menores de um ano.	•Fatores de risco para doenças não transmissíveis (AVC, coronariopatia, DM); •Maior risco de infecção pelo HIV e menor adesão ao tratamento antirretroviral; •Menor adesão ao tratamento de doenças crônicas, com agravo de seu prognóstico(ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013).

2.3.1 Rastreio de episódio depressivo

Para fazer o rastreio para a existência de episódios depressivos, você deve efetuar as perguntas seguintes:

Nas duas últimas semanas, você se sentiu triste, desanimado, deprimido, durante a maior parte do dia, quase todos os dias?
Nas duas últimas semanas, você teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o prazer o interesse por coisas que lhe agradavam habitualmente?

Se sim, para qualquer uma das perguntas, há um grande risco para depressão. Avalie em seguida (use cartão BABEL) se a suspeita é de depressão leve, moderada ou grave.

Enquanto a depressão leve pode ser somente acolhida pela equipe e manejada como sofrimento mental a depressão moderada a grave necessitará de intervenções mais estruturadas e farmacológicas.

ATENÇÃO!

As escalas fornecem a suspeita de depressão, mas não fecham o diagnóstico. Indivíduos expostos a adversidades psicossociais graves, como observado frequentemente na APS, com frequência passam por dificuldades psicológicas consistentes com sintomas de depressão, mas não necessariamente são portadores de um transtorno depressivo. Para que este diagnóstico se estabeleça, é preciso avaliar não somente a presença de sintomas, e a duração destes (pelo menos 15 dias, todos os dias) como também o comprometimento funcional, isto é, a dificuldade no desempenho cotidiano atribuída aos sintomas.

2.3.2 Avaliação de outras causas de síndrome depressiva

- **Causas orgânicas**

Algumas doenças clínicas e medicamentos podem causar quadros depressivos secundários, isto é, um quadro depressivo potencialmente reversível quando a doença de base é tratada.

Algumas doenças clínicas e medicamentos podem causas quadros depressivos secundários, isto é, um quadro depressivo potencialmente reversível quando a doença de base é tratada. Entre elas, destacam-se: hipotireoidismo, anemia, doença vascular cerebral, diabetes, HIV, obesidade, uso prolongado de corticoides, etc.

ATENÇÃO!

Há algumas condições que podem se apresentar com síndrome depressiva, mas que devem ser manejadas de outras formas. Entre elas: o luto, depressões secundárias, depressão bipolar. Essas causas devem, portanto, ser excluídas antes do tratamento ser iniciado. São as chamadas causas não orgânicas.

Quadro 6 - Causas não orgânicas.

O luto
O luto é um processo emocional normal diante de uma perda (falecimento de um de um ente querido, separação, perda de emprego, etc.) que tende a recuperação espontânea dentro de 2 a 4 meses. Quando os sintomas persistem por mais de 4 a 6 meses com sintomatologia moderada a grave, o luto deve ser manejado como um episódio depressivo.
Depressão secundária: doenças clínicas e medicamentos que podem causar depressão
Algumas doenças clínicas e medicamentos podem causas quadros depressivos secundários, isto é, um quadro depressivo potencialmente reversível quando a doença de base é tratada. Entre elas, destacam-se: Hipotireoidismo, anemia, doença vascular cerebral, diabetes, HIV, obesidade, uso prolongado de corticoides, etc.

Depressão bipolar
• Diagnóstico de transtorno bipolar previamente estabelecido • Um episódio prévio de pelo menos 1 semana de duração com 3 ou mais dos seguintes sintomas: Estado de ânimo elevado, expansivo ou irritado; aumento de atividade, inquietude, “aceleração”; grandiosidade, sobrevaloração de si mesmo; perda das inibições sociais habituais de acordo com as normas culturais; falar em excesso; redução da necessidade de sono; comportamento imprudente.
OBSERVAÇÃO: O tratamento da depressão bipolar é distinto do tratamento da depressão unipolar. Antidepressivos não podem ser utilizados na ausência de um estabilizador de humor, pelo grande risco de uma virada maníaca. Por isso, no manejo de um quadro depressivo, deve-se sempre excluir a depressão bipolar.

QUESTÃO NORTEADORA 3

Como abordar um paciente com sintomas de sofrimento psíquico quando ele chega na unidade da ESF? Quais as principais complicações associadas a dificuldades em seu manejo?

Resposta:

Resumidamente, pode-se dizer que a abordagem de cuidado ao sofrimento psíquico envolve as seguintes etapas: começa com o acolhimento ao paciente, passa pela avaliação do seu nível de sofrimento e comprometimento funcional, e segue com o manejo de sua condição clínica a partir da construção do projeto terapêutico singular e do modelo do cuidado escalonado, conforme veremos a seguir.

3 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR E CUIDADO ESCALONADO

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma metodologia que foi criada para auxiliar o planejamento, organização e acompanhamento das ações de cuidado, principalmente em casos que requisitam o desenvolvimento de várias ações ou alternativas terapêuticas, que podem ser feitas simultaneamente ou de modo escalonado. Para mais detalhes, consulte o módulo sobre PTS.

3.1 Modelo escalonado

A intensidade da intervenção depende da severidade dos sintomas de saúde mental. Logo, inicia-se o tratamento pela opção terapêutica mais simples e, caso esta não surta efeito significativo, passa-se progressivamente a adotar opções mais complexas.

Para se realizar uma ação, considera-se o resultado da abordagem anterior e, à medida que novas ações são necessárias para se alcançar resultados minimamente satisfatórios, vão se intensificando as intervenções a fim de potencializar a resposta clínica das terapêuticas disponíveis e otimizar o uso de recursos escassos no sistema de saúde. Portanto, para a abordagem do sofrimento psíquico, deve-se iniciar com o acolhimento, prosseguindo-se com o manejo e uso de abordagens psicossociais.

Caso as abordagens psicossociais iniciais não sejam suficientes, ou em casos de sintomatologia moderada a grave acompanhados de comprometimento funcional, deve-se avaliar a necessidade de:

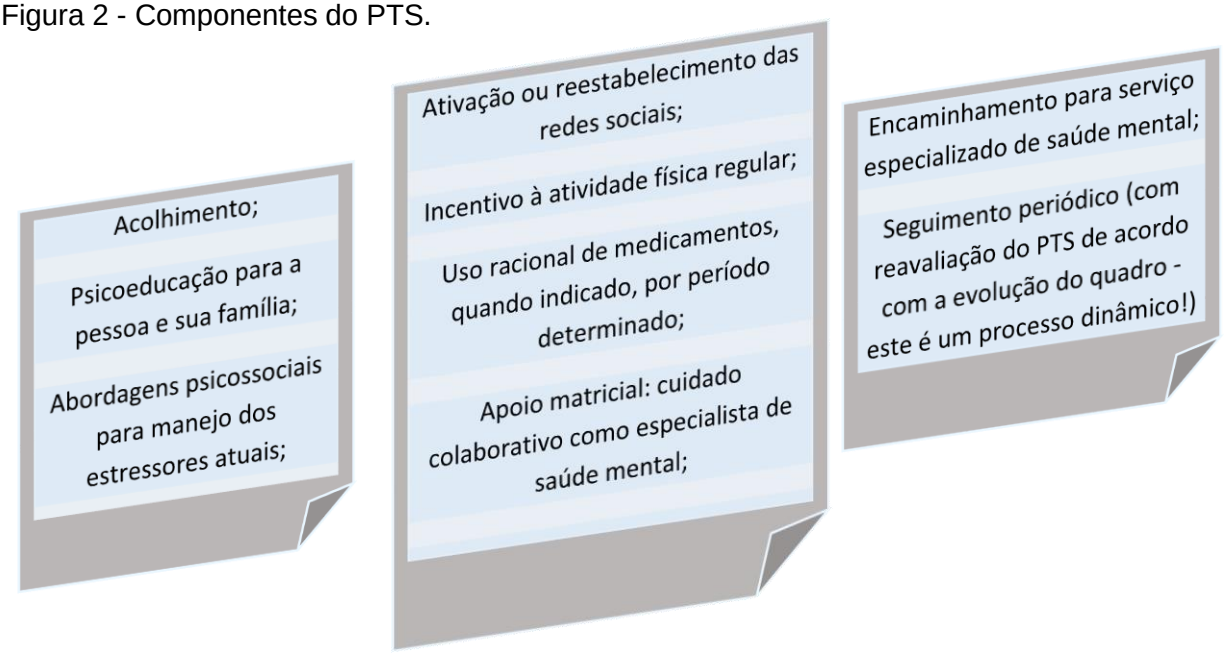
- tratamento farmacológico;
- uso de abordagens psicossociais avançadas.

Em caso de não resposta a estas abordagens, na presença de sintomas sentinela que sejam indicativos de transtorno mental grave ou diante de risco de suicídio, deve-se:

- solicitar o atendimento conjunto com especialistas de saúde mental via Apoio Matricial;
- a depender do caso, encaminhar para serviços especializados quando estes estiverem disponíveis na rede local.

A seguir, abordaremos os procedimentos iniciais e mais adiante discutiremos os procedimentos de cuidado avançado. Os principais componentes da abordagem ao paciente deverão compor o PTS e serem executados de modo articulado, compreendendo:

Figura 2 - Componentes do PTS.



- **Acolhimento**

Quadro 7 - Como acolher o paciente que chega às unidades da ESF?

Indicações para acolhimento	
✓ Ouvir as queixas apresentadas sem menosprezá-las nem considerar que o paciente está inventando esses sintomas. Os sintomas existem, apenas são causados por mecanismos fisiopatológicos de origem emocional.	✓ Perguntar o que o paciente acha que está causando seus sintomas e se ele relaciona esses sintomas com o que está ocorrendo em sua vida.
✓ Examinar o paciente para verificar possível patologia orgânica e tranquilizá-lo sobre esse aspecto.	✓ Examinar psiquicamente o paciente para confirmar o grau de gravidade de seu sofrimento emocional.
✓ Conversar com o paciente sobre sua vida naquele momento.	✓ Conversar com ele sobre como poderia ser apoiado para superar seus problemas na vida.

- **Avaliação**

A seguir, serão apresentados os itens que não podem faltar durante a avaliação de um paciente com sofrimento psíquico.

I. Inicie sua avaliação e verifique a clínica do sofrimento psíquico, atentando para a presença dos sintomas e de seu grau de severidade e de comprometimento da vida do indivíduo. Construa com o paciente a história do processo de adoecimento, incluindo desencadeantes, história de episódios anteriores, o seu tratamento e a história de transtornos mentais na família. Verifique também a rede social de apoio e outros pontos de suporte na vida da pessoa.

II. Confirmando a presença de sintomatologia depressivo–ansiosa, é necessário confirmar o grau de severidade e estar atento para os sintomas sentinelas para traçar a proposta terapêutica, um pequeno “PTS” a ser realizado e avaliado durante o tratamento.
III. Não se esqueça de descartar se os sintomas depressivo-ansiosos foram produzidos por medicamentos, ou pelo consumo de substâncias psicoativas ou pela abstinência destas. E de avaliar se os sintomas não são secundários a outros quadros clínicos
IV. Avalie se existe risco de suicídio e a severidade do mesmo.
V. Avalie a presença de sintomas-sentinela que podem sugerir um quadro de transtorno mental grave que irão requerer uma abordagem mais específica e o suporte de um profissional especializado em saúde mental (pensamentos obsessivos e compulsões, recorrência de episódios depressivos graves, alucinações, delírios, linguagem incoerente, comportamento muito desorganizado).

3.2 Manejo terapêutico

- **Avaliação do nível de comprometimento funcional**

Para escolher qual a melhor terapêutica de cuidado para cada paciente, antes de tudo, é preciso avaliar o nível de comprometimento funcional, pois este determinará o manejo do caso.

A. Casos com comprometimento funcional **leve** devem ser manejados como sofrimento psíquico. Se houver presença de queixas físicas, será necessário fazer abordagens específicas.

B. Casos com comprometimento **moderado à grave**, o manejo envolverá um cuidado mais estruturado.

Mostram-se, abaixo, as orientações para a avaliação do nível de comprometimento funcional:

- Sem comprometimento: apesar da sintomatologia, a pessoa é capaz de manter 100% do seu funcionamento diário;
- Leve: mantém 80% do funcionamento;
- Moderado: 50 a 75% do funcionamento;
- Grave: menos de 50% do funcionamento.

Para avaliar o nível de comprometimento funcional de um indivíduo devido a um transtorno mental comum é fundamental conhecer, inicialmente, qual o seu nível de funcionamento prévio, uma vez que isso é a base para que seja possível identificar, junto do pacientes, a redução do seu funcionamento.

Diante de um quadro depressivo, por exemplo, é comum a presença de uma "quebra" no funcionamento, muitas vezes a partir da vivência de situações de perdas. Por exemplo:

"*Desde que a minha mãe faleceu, há três anos, eu nunca mais consegui me divertir, nem me recordo quando foi a última vez que saí de casa que não fosse para trabalhar".*

Nesse sentido, é importante contextualizar o funcionamento do indivíduo dentro de sua faixa etária, seu universo familiar, social e cultural. Para uma dona de casa que há seis meses fazia questão de limpar a casa diariamente e sair para fazer as compras todas as semanas, sentir-se incapaz de manter a casa limpa ou deixar itens domésticos importantes faltarem por um período prolongado é um sinal de comprometimento funcional significativo. O mesmo vale para a mãe que sempre foi atenta, mas que passou a descuidar da vacinação dos filhos ou do funcionário exemplar que passou a faltar frequentemente o trabalho.

Para facilitar a aferição do nível de comprometimento funcional, foram criadas algumas escalas, tal como a Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF).

O que é AGF?

Trata-se de uma escala numérica (de 1 a 100) utilizada por profissionais de saúde que avalia subjetivamente o funcionamento social, ocupacional e psicológico de

adultos. A escala é apresentada e descrita no DSM IV e a pontuação é frequentemente dada como um intervalo.

O DSM-V, por sua vez, utiliza o WHODAS (Escala de Avaliação de Incapacidade da Organização Mundial de Saúde) para avaliação do comprometimento funcional.

SAIBA MAIS!

Quer saber mais sobre esses instrumentos? Acesse:

AAS, I. M. Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). **Annals of General Psychiatry**, v.10, n. 2, 2011. Disponível em: http://doi.org/10.1186/1744-859X-10-2.

WHO. **Measuring health and disability**: manual for WHO disability assessment. Schedule WHODAS 2.0. WHO, 2010. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9789241547598_eng.pdf?ua=1&ua=1.

3.3 Manejo na presença de sofrimento psíquico

i. A utilização de psicofármacos pode ser necessária para alguns casos, mas não deve ser a base ou centralizar o plano terapêutico.

ii. Utilizar estratégias não-medicamentosas, tais como: abordagem de estressores psicossociais, reativação das redes sociais, a prática de atividade física, técnicas de relaxamento, abordagens de resolução de problemas.

iii. Avaliar a presença da automedicação inadequada, como o uso indevido de benzodiazepínicos, comuns nestes quadros.

iv. Dúvidas de quando utilizar a medicação como um recurso terapêutico?

3.4 Manejo na presença de queixas médicas inexplicáveis

i. Romper com o princípio de exclusão: segundo este, antes de abordar os sintomas psíquicos, teria que se excluir a presença de doenças físicas que pudessem

estar por trás das queixas. O que a literatura e a prática clínica mostram é que a doença física e o sofrimento psíquico andam juntos e que ambos devem ser cuidados –

CUIDADO INTEGRAL!

ii. Evitar exames e encaminhamentos desnecessários, tal como o uso de placebos.

iii. Reconhecer que os sintomas não são imaginários.

iv. Comunicar os resultados dos exames dizendo que não se encontrou uma doença grave, mas que é importante tratar os sintomas que incomodam o paciente.

v. Solicitar que a pessoa explique os sintomas somáticos e explique como sensações corporais podem estar relacionadas a questões emocionais, questionando-se sobre possível vínculo entre ambas.

vi. Estimular a manutenção das atividades diárias.

vii. Avaliar o uso indevido de analgésicos, anti-inflamatórios e outras medicações sintomáticas (omeprazol, ranitidina, etc).

3.5 Manejo na presença de eventos desencadeantes

i. Em caso de situação de perda de entes queridos - apoio ao luto, adaptação de acordo com a cultura local. Reativação das redes sociais.

ii. Em caso de estresse agudo após evento traumático - forneça suporte e mobilize apoio social. Não ofereça aprofundamento psicológico ou peça para o indivíduo relatar reações emocionais secundárias a um evento traumático recente.

3.5.1 Dificuldades de manejo e complicações associadas: o que fazer?

Algumas das principais complicações relacionadas aos Transtornos Mentais Comuns e a sua dificuldade de abordagem podem ser apreendidas no caso clínico descrito e outras serão apresentadas ao longo desta seção, mas certamente são bastante familiares para os profissionais da atenção básica.

- **Uso inadequado de psicofármacos: uso inadequado de antidepressivos e de benzodiazepínicos**

No caso de Pedro, por exemplo, as queixas agudas de ansiedade o levaram até a emergência, onde foi descartada etiologia orgânica para as queixas apresentadas, porém não foram avaliados possíveis fatores emocionais e psicossociais associados ao quadro apresentado, tal como não houve nenhuma orientação sobre os cuidados a serem tomados pelo paciente. Alarmado e diante da falta de orientação adequada, Pedro procurou por atendimento com um cardiologista. Este, por sua vez, receitou-lhe bromazepam, sem uma orientação adequada sobre o quadro de ansiedade apresentado e seu cuidado ampliado, tal como acerca dos efeitos colaterais e o potencial de dependência relacionado ao uso prolongado de benzodiazepínicos. Nesse sentido, o médico atuou no sentido de um alívio imediato da ansiedade apresentada por Pedro, mas nenhum projeto terapêutico foi traçado, além de não haver um acompanhamento longitudinal do caso. Além disso, a medicação prescrita não apresentou resposta eficaz no quadro clinico apresentado por Pedro, como discutiremos adiante.

Nesse sentido, é comum que tais pacientes já cheguem à unidade de atenção básica com a demanda de “renovar” a receita de benzodiazepínicos, muitas vezes que já vem sendo tomado há anos sem um acompanhamento regular, já associada à dependência emocional e física. A medicação frequentemente é iniciada em uma unidade de emergência clínica ou em consultas com médicos especialistas por sintomas diversos como: insônia, queixas médicas inexplicáveis e crises de ansiedade como as de Pedro, entre outros.

A literatura e a prática clínica têm nos mostrado que boa parte dos pacientes em uso crônico de benzodiazepínicos no contexto da APS apresenta um quadro depressivo não tratado. Uma vez que o quadro depressivo se apresenta na maioria das vezes acompanhado de sintomas de ansiedade e queixas somáticas difusas, além de insônia, é comum que estes quadros sejam tratados como síndromes ansiosas puras e que o tratamento seja baseado, erroneamente, no uso exclusivo de benzodiazepínicos (ALMEIDA; COUTINHO; PEPE, 1994; RIBEIRO et al., 2007; CORREIA, 2014).

Destaca-se também o uso inadequado de antidepressivos no contexto da APS, geralmente em subdoses e por tempo insuficiente, o que pode estar relacionado ao tratamento "sintomático" (sem investigação adequada) e à falta de um acompanhamento regular durante todo esse período.

Ser resolutivo também implica utilizar a medicação correta pelo tempo correto, em tratamentos adequados, ou seja, conforme o diagnóstico acertado do quadro do clínico do paciente. Fique atento aos critérios que estão sendo especificados ao longo deste módulo.

Para tanto, a APS dispõe de um recurso extremamente importante no manejo desses casos: **continuidade do tratamento**.

ATENÇÃO:

Grande parte dos problemas com a utilização crônica e inadequada de psicofármacos é causada pela ausência de um profissional que se responsabilize pelo início, meio e fim do tratamento. Clique aqui para ler sobre os princípios básicos acerca da utilização dos psicofármacos.

Mas então, o que fazer então com a demanda de usuários crônicos de benzodiazepínicos?

1ª reposta: Primeiramente, é fundamental reconhecer a real demanda que se esconde atrás do simples pedido de renovação da receita, muitas vezes já acompanhada de sintomas de abstinência ou mesmo do receio de ter a medicação descontinuada de forma abrupta.

2ª reposta: Além disso, é necessário levantar, junto ao paciente, quando aquela medicação foi iniciada, quais os sintomas associados à prescrição inicial e diante de qual contexto psicossocial (muitas vezes o início do quadro se dá após uma perda de um ente querido, situações de violência sofridas ou mesmo diante de estressores como desemprego, doença física, separação conjugal, etc.).

3ª resposta: Diante desta história e do quadro atual, é possível não só se aproximar de uma possível causa associada aos sintomas (depressão-ansiosa, episódio depressivo, crise de pânico, insônia e queixas somáticas associadas a estressores psicossociais, etc.), como também criar uma narrativa em torno do sofrimento vivenciado por aquele paciente, o que é peça fundamental para o seu processo de cuidado.

O contexto psicossocial no início do quadro e do momento atual é importante para o planejamento do projeto terapêutico. O sofrimento associado a perdas e ao isolamento social deve conter como parte do projeto terapêutico a participação em grupos e outras estratégias para o fortalecimento da rede social.

O tratamento medicamentoso também deve ser reavaliado e cuidadosamente modificado, caso este se mostre inadequado para o quadro psicopatológico apresentado. Conforme veremos mais adiante, os benzodiazepínicos não possuem ação antidepressiva e devem ter o seu uso limitado em dose e período de uso na abordagem da insônia e sintomas de ansiedade. Diante de um quadro depressivo moderado a grave, uma medicação antidepressiva deve ser iniciada. O tratamento de quadros ansiosos crônicos também deve ter como base o uso de antidepressivos.

3.5. 2 Avaliação da presença de dependência física

O risco de desenvolvimento da dependência física é maior com doses mais elevadas, tal quanto mais prolongado for o seu uso. Isto dependerá da potência e meia-vida da substância, sendo maior nos benzodiazepínicos de alta potência e meia-vida curta, como o Midazolam e o Lorazepam.

Quais são os sinais de alerta para a dependência física?

▪ Tolerância (necessárias doses cada vez mais altas para a obtenção do mesmo efeito);
▪ Sintomas de abstinência diante da redução da dose ou da suspensão do uso da medicação, tais como ansiedade, tremores, sudorese e descontrole autonômico.

Diante de sinais de dependência física, a suspensão abrupta não só não está indicada como pode estar associada a complicações. O desmame deve envolver a substituição por benzodiazepínicos de meia-vida longa em dose equivalente, como o diazepam e o clonazepam, para posterior redução progressiva de sua dosagem.

Lembrando que para isso é fundamental o acompanhamento longitudinal do paciente, a principal ferramenta da AP para prevenir o surgimento da dependência química, a manutenção de quadros subclínicos e a resistência terapêutica.

ATENÇÃO!

A auto-medicação com benzodiazepínicos é comum em indivíduos com TMC sem acompanhamento adequado, em alguns casos sendo observado até o compartilhamento de benzodiazepínicos entre indivíduos em uma mesma comunidade, sobretudo entre mulheres. Em homens é muito comum o uso abusivo de álcool como complicação associada ao TMC, buscando nos derivados etílicos um alívio para sofrimento emocional. Nesse sentido, diante de uma história de abuso de benzodiazepínicos e de álcool, sempre considerar a possibilidade de um Transtorno Mental Comum associado, em especial a depressão, cujo tratamento adequado é fundamental para o enfrentamento do uso abusivo de substâncias.

3.5. 3 Encaminhamentos pouco efetivos a diversos especialistas

A literatura aponta para o alto consumo de serviços de saúde associados aos Transtornos Mentais Comuns, gerando não somente um custo alto para o sistema de saúde, como também o próprio desgaste físico e emocional do paciente, que passa por uma verdadeira peregrinação em diversos dispositivos da saúde em busca de uma resposta para o seu mal-estar.

É importante destacar que este comportamento muitas vezes é estimulado pelo próprio funcionamento dos serviços e dos profissionais de saúde, os quais, diante da dificuldade de reconhecimento e de manejo dos Transtornos Mentais Comuns e das

queixas físicas a eles associadas, encaminham estes pacientes para diversos especialistas.

O modelo biomédico excludente, em que uma causa orgânica para os sintomas apresentados é exaustivamente avaliada antes de se considerar a necessidade de um cuidado emocional, reforça este comportamento.

Nesse sentido, é comum que pacientes com queixas médicas inexplicáveis sintam-se como “uma bola de pingue-pongue”, sendo encaminhados de um especialista a outro, sem que um cuidado longitudinal lhe seja ofertado. Muitas vezes anos são necessários até que este paciente chegue a um serviço de saúde mental (muitos deles não chegam a um profissional de saúde mental, quer por que não consideram que seu mal-estar possa ser atribuído a uma condição emocional, quer pelas dificuldades de acesso), com o quadro cronificado e agravado.

Logo, oferecer um cuidado longitudinal, reconhecer e acolher o sofrimento mental destes pacientes permite não somente um desfecho mais favorável ao paciente, como também favorece um cuidado mais eficaz, dada a baixa efetividade dos encaminhamentos.

3.6 Crianças com baixo-peso: como vai a saúde mental dessa mãe?

Crianças em risco nutricional representam outra complicação comum relacionada à presença de Transtornos Mentais Comuns nos cuidadores, sobretudo na mãe no período pós-parto. Nesse sentido, diante de uma criança com baixo peso, com o cartão de vacinação atrasado ou infecções de repetição, é fundamental um olhar ampliado para família, sobretudo do cuidador. Um quadro depressivo não tratado pode comprometer significativamente a capacidade de uma mãe alimentar e manter o cuidado dos filhos.

Nesse sentido, ofereça também um espaço de escuta e cuidado à mãe, que também pode estar necessitando de cuidados. Este cuidado pode ser a peça-chave na

melhora do cuidado oferecido à criança e em seu suporte alimentar. Antes de acusar uma mãe de negligência, verifique se esta se encontra em condições físicas e psíquicas de cuidar e ofereça ajuda para que ela também possa qualificar o seu cuidado à criança.

O mesmo vale para idosos vulneráveis e outros quadros (retardo mental moderado a grave, condições neurológicas, psicoses graves) em que a saúde física e mental do cuidador é fundamental para o estado geral do paciente. É comum que o matriciador seja solicitado para avaliar um idoso vulnerável ou um jovem portador de algum grau de deficiência ou condição psiquiátrica crônica descompensada e que encontre o cuidador bastante desgastado, com quadros depressivos e ansiosos arrastados e sem acolhimento e tratamento adequado.

QUESTÃO NORTEADORA 4

Qual a principal complicação clínica relacionada ao agravamento dos Transtornos Mentais Comuns e como esta pode ser evitada?

Resposta:

O fato dos TMC serem comuns não quer dizer que sejam leves. Não se deve confundir a frequência com que os TMC ocorrem na população com seu nível de gravidade. Dentre as complicações associadas ao TMC, o **suicídio** é a mais grave delas e pode ser prevenida a partir da qualificação do cuidado, conforme veremos a seguir.

4 COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS AO TMC

4.1 Definição de suicídio

A OMS definiu o suicídio como “todo ato através do qual um indivíduo provoca uma lesão ou um dano a si mesmo, com um grau variável de intenção de morrer, qualquer que seja o grau de intenção letal ou de conhecimento móvel”.

O conceito de suicídio, nesse sentido, inclui desde a ideação suicida até os atos suicidas propriamente ditos, conforme mostra o quadro 8.

Quadro 8 - Conceitos de suicídio.

Suicídio	Morte autoprovocada, com evidências (implícitas ou explícitas) de que a pessoa tinha intenção de morrer.
Ideação suicida	Pensamento relacionado à intenção de cometer suicídio. Varia em gravidade, desde a simples vontade de desaparecer até a formulação de um plano de suicídio concreto.
Intenção suicida	Desejo e expectativa subjetiva de que um ato autodestrutivo resulte em morte.
Comportamento suicida	Conjunto de ações tomadas pelo indivíduo com a finalidade de terminar a própria vida. Deve-se sempre avaliar a letalidade do comportamento suicida, isto é, o quanto essas ações são realmente capazes de tirar a vida do indivíduo.
Tentativa de suicídio	Ato de consequências não fatais praticado por um indivíduo, acompanhado de evidências (implícitas ou explícitas) de que a pessoa tinha a intenção de morrer
Risco de suicídio	Probabilidade de um indivíduo com fatores de risco para suicídio efetivamente cometê-lo. Pode-se

	sempre estimar o risco de suicídio com base em uma boa entrevista com o paciente.

Fonte: Adaptado de: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

4.2 Epidemiologia do suicídio

O suicídio é a décima sexta principal causa de morte segundo a OMS, estimando-se que em 2030 será a décima segunda. Em relação à carga global de doença, o suicídio ocupa o 20º lugar em anos perdidos de vida ajustado em função de incapacidade e chega à 8º posição quando consideramos a faixa etária de 15 a 44 anos, acometendo ambos os sexos.

Suicídio na América Latina e Caribe

- Historicamente, a América Latina exibe uma taxa de suicídio inferior à média mundial, embora não se saiba se tal fato não seja decorrente da subnotificação do suicídio entre outras causas de mortalidade.
- No período de 2000 a 2004, a taxa de suicídio na América Latina e no Caribe foi de 5,8 por 100 mil habitantes, sendo 9, 4 homens e 2,5 mulheres.
- O método mais frequente de suicídio é a asfixia por enforcamento, mais comum entre homens.
- O envenenamento é mais comum em mulheres.
- Armas de fogo são utilizadas mais frequentemente na América Central e na América do Sul, sendo mais comum entre homens.

Estudos em distintos países de diferentes níveis de desenvolvimento revela uma proporção de 80 a 100% de transtornos mentais em caso de suicídio consumado. Estima-se que o risco de suicídio ao longo da vida em indivíduos com transtornos afetivos (sobretudo a depressão) varia entre 6 a 15%, no caso da dependência alcoólica de 7 a 15% e da esquizofrenia de 4 a 10%. Apesar disso, uma proporção importante destes pacientes vai a óbito sem terem recebido cuidados em saúde mental.

O reconhecimento e o tratamento precoce dos transtornos mentais na APS constituem uma importante estratégia de prevenção de suicídio. O contato precoce e continuado com indivíduos em risco de suicídio é outro fator que reforça o papel dos profissionais da APS neste contexto.

4.3 Risco de suicídio

Podemos dividir os fatores de risco em dois grandes grupos:

1. Distais - imutáveis ou dificilmente mutáveis - carga genética, traços de personalidade, fatores perinatais, traumas precoces, distúrbios neurobiológicos.

2. Proximais - passíveis de intervenção - transtornos mentais ou doenças físicas, crises psicossociais, disponibilidade dos meios, exposição a modelos.

Quadro 9 - Fatores de risco para o suicídio.

- Enfermidade física crônica severa;	- Alta recente de uma hospitalização psiquiátrica;
- Tentativas prévias de suicídio;	- Acontecimentos recentes altamente traumáticos para o indivíduo (separação conjugal, perda de emprego, endividamento, entre outros).
- História familiar de suicídio;	
- Viver sozinho e estar isolado;	

- **Rastreio do risco de suicídio**

Algumas escalas propõem a avaliação do nível de risco de suicídio (baixo, moderado, grave) e podem ser utilizadas no contexto da APS.

- **Como manejar um paciente com risco de suicídio?**

Existe uma crença errônea de que falar sobre morte ou suicídio com uma pessoa com risco de suicídio pode levá-lo a cometer o ato. Na verdade, discutir tais assuntos

com o paciente pode significar um importante alívio da angústia e até mesmo fazer mudá-lo de ideia, devolvendo-lhe a esperança, quando ele vê que alguém se importa com o seu sofrimento (KUTCHER; CHEHIL, 2007).

ATENÇÃO!

Investigar sobre ideação suicida **NÃO** provoca atos suicidas, pelo contrário, pode ser de grande ajuda.

Mas como iniciar uma conversa sobre um assunto tão delicado?

Quando o risco de suicídio é alto:

- Coloque a pessoa em um ambiente seguro e acolhedor na unidade (não a deixe sozinha, devendo permanecer com um membro da equipe ou da família).

- Elimine qualquer método ou instrumento de autolesão que possa estar disponível.

- Faça contato com o matriciador, se possível.

- Enquanto o paciente aguarda a avaliação de urgência, envolva os recursos comunitários disponíveis e ofereça visitas domiciliares dos profissionais da atenção básica se for optado pela abordagem domiciliar.

- Inclua um familiar ou um amigo durante que possa apoiar a avaliação e o tratamento.

- Ofereça apoio aos familiares e amigos, se necessário.

- Garanta a continuidade da atenção.

Quando o risco de suicídio é baixo ou moderado:

- Ofereça suporte social.

- Ofereça apoio empático, tentando entender a realidade da pessoa e sua perspectiva de vida.

- Explore as razões e formas de permanecer vivendo.

- Enfoque nas fortalezes e nos aspectos positivos de sua vida, permitindo que esta fala sobre como resolvesse problemas no passado.

- Ative o apoio da rede social.

- Incorpore a família, os amigos e outros membros da rede social que podem ser importantes para aquele indivíduo, de forma que esta esteja sendo apoiada e cuidada enquanto permanece o risco.

- Oriente o indivíduo e a rede de apoio a restringir o acesso a utensílios que podem servir como veículos da autolesão (pesticidas, substâncias tóxicas, medicamentos, facas, armas, etc.).

- Reforce e coordene o apoio social com os recursos comunitários formais e informais.

- Informe os contatos íntimos que falar abertamente sobre o suicídio pode reduzir a ansiedade e a angústia do paciente, que se sente aliviada e melhor compreendida.

- Ofereça apoio se necessitarem.

- Oriente os cuidadores que evitem críticas severas e hostilidade dirigida ao indivíduo com risco de autolesão.

- Caso alguma medicação seja prescrita. Utilize medicações menos perigosas em caso de intoxicação (prefira fluoxetina a tricíclicos).

- Entregue quantidades limitadas de medicação de cada vez

- Ofereça seguimento periódico - pode incluir visitas domiciliares, telefonemas, consultas com o médico ou outros profissionais da unidade. A intensidade do acompanhamento pode ser reduzida conforme a redução do risco.

- **Condições e complicações associadas ao risco de suicídio**

Pesquise a presença de:

- algum fator psicossocial precipitante, tente intervir, dentro do possível para atenuar o seu impacto, o que geralmente envolve mobilizar a rede de apoio social.

- algum transtorno mental concomitante que possa provocar um aumento do risco de suicídio. Caso haja um transtorno mental, inicie o seu tratamento paralelamente à condução do risco de suicídio.

- alguma doença crônica ou a presença de dor que possam estar relacionadas à ideação suicida e busque formas de amenizá-las (tratamento para a dor, se necessário).

- **Quando é possível concluir a abordagem ao suicídio?**

Quando houver uma melhora da ideação suicida e maior controle dos fatores de risco associados (ex.: iniciado o tratamento antidepressivo, rede de apoio fortalecida, fator desencadeante já manejado). É essencial que o indivíduo dê continuidade ao tratamento do seu transtorno de base, prevenindo futuros episódios.

QUESTÃO NORTEADORA 5

Você faria um tratamento farmacológico usando medicação psicotrópica para cuidar destes pacientes? Em caso afirmativo, quais e como?

Resposta:

5 ABORDAGEM FARMACOLÓGICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

5.1 Indicação do uso de psicofármacos

Abordagem farmacológica é indicada para pessoas que não apresentam melhora sintomática e funcional após o manejo e as abordagens psicossociais iniciais ou para usuários com comprometimento funcional importante e que optem pela abordagem farmacológica desde o início.

O uso de medicação psicotrópica é indicado em transtornos depressivo–ansiosos de intensidade moderada a grave, com comprometimento funcional, independente da presença ou não de desencadeantes. Os transtornos mentais têm uma

forte associação com desencadeantes sociais, mas uma vez que haja comprometimento funcional fica indicado o uso de medicação para que a pessoa possa se recuperar e melhor enfrentar seus problemas.

Quadro 10 - Princípios norteadores da necessidade de tratar os casos com medicamentos.

▪ Quando critérios classificatórios confirmam a presença de um transtorno mental, seja um transtorno de ansiedade, de depressão ou uma somatização crônica.
▪ Os critérios que definem esses quadros segundo as classificações internacionais podem ser encontrados no Cartão Babel. Caso esses transtornos apresentem intensidade moderada ou grave, a terapêutica medicamentosa irá propiciar aos pacientes o alívio do sofrimento e o fortalecimento para enfrentar os problemas de suas vidas que contribuíram para o adoecimento.
▪ Quando o paciente apresenta comprometimento funcional, com prejuízo de sua vida pessoal, familiar e laborativa.
▪ A presença de desencadeante psicossocial não interfere na necessidade de usar ou não medicamentos. Essa definição é baseada na gravidade do quadro. A maioria dos transtornos mentais, de maneira geral, se associam a esses tipos de desencadeantes (CHIAVERINI, 2011, p.113).

Quadro 11 - Princípios básicos para prescrição de psicofármacos na Atenção Primária à Saúde.

A decisão de prescrever determinado medicamento deve levar em consideração os potenciais riscos e benefícios para cada paciente, os quais devem ser discutidos entre os profissionais de saúde, os pacientes e os membros da família/ rede de apoio.
Os profissionais de saúde devem levar em consideração que os medicamentos desempenham um importante papel na relação médico-paciente e deve realizar um esforço no sentido de implicar o paciente no seu tratamento, levando em consideração os efeitos psicológicos do uso de medicamentos.

É importante ressaltar tanto para os profissionais de saúde como para os pacientes que a maioria dos pacientes com Transtornos Mentais Comuns podem ser tratados efetivamente com intervenções farmacológicas e intervenções psicossociais. A decisão de utilizar uma estratégia farmacológica não implica que uma estratégia psicossocial não seja utilizada, muito pelo contrário, já que as evidências científicas sugerem que a associação de ambas é mais efetiva do que a utilização destas de forma isolada. Nesse sentido, as estratégias medicamentosas não devem ser o único recurso terapêutico dentro do plano terapêutico dos pacientes.
De uma forma geral, as prescrições não devem ser fornecidas antes de uma avaliação adequada tanto do quadro clínico quanto dos aspectos psicossociais.
Deve ficar claro para o paciente que o tratamento tem um período de duração, que vai depender do quadro clínico apresentado e das propriedades da substância em uso.
As dosagens dos medicamentos devem ser ajustadas com cautela em pacientes idosos e com comorbidades, sempre baseado na dose mínima terapêutica.
Os profissionais de saúde devem estar cientes das interações medicamentosas com outras substâncias que o paciente esteja em uso.
O paciente deve ser informado dos possíveis efeitos colaterais dos medicamentos e como manejá-los.
Os profissionais de saúde devem sempre avaliar a adesão ao tratamento proposto, uma vez que esta é sabidamente variável.
Ao optar por determinada classe de medicamento, avalie a sua disponibilidade. Caso seja variável, esta deve ser evitada.
Em pacientes com história de pensamentos ou tentativas de suicídio, a quantidade de medicamento liberada deve ser monitorada, tal como o uso pode ter que ser monitorado por familiares/ rede de apoio quando diante de algum risco (atenção especial aos antidepressivos tricíclicos).
Avaliar a história de abuso de substâncias e, se presente, dar preferência a uma medicação sem potencial de causar dependência.
A descontinuação dos medicamentos deve ser gradual (25% por semana).

Fonte: Adaptado de: OMS. **MI-GAP Manual de intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde**: versão 1.0. Genebra: WHO, 2010. 83p. Disponível em: < http://www.who.int/mental_health/publications/IG_portuguese.pdf>.

5.2 Antidepressivos

Os antidepressivos hoje em dia representam o tratamento de base tanto de quadros depressivos quanto de quadros de ansiedade crônicos, sendo, portanto, a medicação de escolha em quadros mistos de ansiedade e depressão com sintomatologia moderada a grave associados a significativo comprometimento funcional. Os antidepressivos apresentam eficácia similar no tratamento de sintomas depressivos, porém diferem em relação ao mecanismo de ação e efeitos adversos.

Quadro 12 - Classificação dos antidepressivos de acordo com o mecanismo de ação.

Antidepressivos tricíclicos	Amitriptilina, clomipramina, nortriptilina e imipramina
Ação no organismo	Necessitam de cerca de três semanas para a verificação do efeito obtido com a dosagem utilizada.
Doses terapêuticas	As doses situam-se entre 75-150mg no contexto da APS.
Indicações de uso	Casos de dor crônica (amitriptilina e nortriptilina), transtornos ansiosos crônicos (clomipramina), tais como fobias e transtorno obsessivo-compulsivo.
Contra-indicação	Hiperprostatismo, distúrbios cardíacos de condução e glaucoma.
Efeitos colaterais	Boca seca, hipotensão postural, visão turva e sonolência. Em razão do seu perfil de efeitos colaterais, os tricíclicos vêm cedendo espaço para os inibidores seletivos de receptação de serotonina e os

	antidepressivos duais (inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina).
ATENÇÃO!	Tóxicos em altas doses, os tricíclicos devem ser evitados em pacientes com histórico/ risco de suicídio e em pacientes idosos em função do risco de hipotensão postural. Em pacientes obesos devem ser utilizados com cautela, em função do ganho de peso associado. Em pacientes com mais de 40 anos é recomendável que antes do de sua introdução seja realizado eletrocardiograma.
Inibidor seletivo da receptação de serotonina	Fluoxetina
Indicações de uso	Eficaz tanto para o tratamento de transtornos depressivos quanto no tratamento dos transtornos de ansiedade, como o transtorno de pânico, o transtorno obsessivo compulsivo, a fobia social e a ansiedade generalizada. Na APS, a necessidade de mais de 60 mg ao dia indica a necessidade de avaliação por um especialista.
Contra-indicação	Pacientes com hipersensibilidade a estas drogas ou com problemas gastrointestinais como gastrite, refluxo gastro-esofágico.
Efeitos colaterais	Apresentam melhor perfil de efeitos colaterais. Dentre estes, destacam-se náuseas, vômitos e disfunção sexual, menos presentes no uso de tricíclicos.
ATENÇÃO!	Na maior parte dos municípios a fluoxetina é o único desta classe disponível no sistema único de saúde, sendo o que apresenta a meia-vida mais longa, com menor sintomas de retirada quando ocorre uma

	interrupção abrupta. Deve ser utilizado com cautela entre pacientes que utilizam múltiplas drogas por apresentar interações medicamentosas complexas.
Inibidores seletivos da receptação de serotonina e noradrenalina	Antidepressivos mais modernos, inibem tanto a receptação da serotonina quanto da norepinefrina, sendo os mais conhecidos a venlafaxina e a duloxetina.
Indicações de uso	Além da ação antidepressiva e da eficácia no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada, também possuem ação no tratamento de quadros dolorosos crônicos em doses mais elevadas, tais como a neuropatia diabética, enxaqueca e fibromialgia.
Efeitos colaterais	São mais comuns: náusea, sonolência, boca seca, tontura, nervosismo, constipação, astenia, ansiedade, anorexia.
ATENÇÃO!	**1.** A suspensão abrupta pode produzir uma síndrome de retirada, caracterizada pela presença de ansiedade, náusea, sonolência, parestesias e insônia. Nesse sentido, a retirada deve ser sempre gradativa.
	2. Na atenção primária, é comum a associação de inibidores seletivos da receptação da serotonina, como a fluoxetina, com doses baixas de antidepressivos tricíclicos, como a nortriptilina, com o objetivo de uma ação “dupla”, isto é, tanto na receptação da serotonina quando na receptação de noradrenalina.
Outros	Bupropiona

Ação no organismo	Trata-se de um inibidor de receptação da noradrenalina e dopamina, praticamente sem nenhum efeito na receptação da serotonina.
Indicações de uso	Atua em sintomas depressivos como anedonia, lentificação psicomotora e do pensamento, na desatenção e na "fissura", o que explica sua utilização nos casos de tabagismo e também como droga de segunda linha no déficit de atenção e hiperatividade. Muito utilizado pelas equipes de APS no tratamento do tabagismo.
Doses terapêuticas	A dosagem recomendada situa-se entre 150 e 450 mg ao dia, sendo o seu uso desaconselhado na gravidez e amamentação.
Efeitos colaterais	Apesar de provocar menos efeitos colaterais em relação ao funcionamento sexual, apresenta maior risco de induzir crises convulsivas.

Fonte: Adaptado de: CHIAVERINI, D. H. et al. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3231.pdf>.

- **Como escolher um antidepressivo?**

- Escolha um medicamento entre aqueles disponíveis na lista de medicamentos essenciais da APS.

- Leve em conta o padrão de sintomas, o perfil de efeitos colaterais do medicamento e a eficácia de tratamentos anteriores com antidepressivo, se houver.

- Em caso de comorbidades com doença física, antes de prescrever a medicação, avalie as possíveis interações medicamentosas e interações entre os medicamentos e as doenças (ex: avaliar a presença de glaucoma antes de prescrever um antidepressivo tricíclico).

- **O quê deve ser informado ao paciente e sua família?**

- *A demora do início dos seus efeitos*. Muitos pacientes interrompem a medicação nas primeiras semanas alegando “não terem sentido efeito nenhum” quando não adequadamente informadas.

- *Efeitos colaterais e a busca de ajuda caso estes sejam muito incômodos.* Muitos pacientes interrompem a medicação quando desenvolvem algum efeito colateral não informado e retornam as consultas agendadas apresentando agravamento do quadro depressivo.

- *Orientações quanto a possíveis sinais de mania e como identificá-los.*

- *Orientações quanto a sintomas de síndrome de retirada*. Caso haja interrupção do tratamento (ou mesmo com o esquecimento de tomadas) deve-se orientar que os sintomas costumam ser leves e desaparecem com o tempo, mas podem ser graves em caso de interrupções muito abruptas.

ATENÇÃO!

Ao contrário dos benzodiazepínicos, os antidepressivos **NÃO** causam dependência.

- *Duração do tratamento.* Destaca-se que os antidepressivos são tão eficazes para tratar a depressão quanto para prevenir suas recaídas.

ATENÇÃO!

É muito comum que, após a melhora da sintomatologia inicial, os pacientes interrompam o tratamento precocemente, favorecendo recaídas. A adesão ao tratamento deve ser trabalhada também mesmo após a melhora dos sintomas.

- **Que cuidados devo ter com um paciente em uso de medicação antidepressiva?**

- *Atente para os sintomas de mania (relatados anteriormente).* Caso estejam presentes, suspenda imediatamente os antidepressivos e avalie o manejo da mania (se necessário, solicite suporte do matriciador).

- *Sensação de inquietação ou incapacidade de ficar sentado ou parado?* Pode ser acatisia, um sintoma colateral atribuível a algumas medicações, inclusive ISRS - avaliar troca para outra classe de antidepressivos ou uso concomitantes de diazepam 5 a 10 mg por breve período.

- *Baixa adesão*. Identifique e procure abordar as dificuldades de adesão (efeitos colaterais - ganho de peso, alteração da libido, sonolência inicial, etc.), custos (sempre dê preferência a uma medicação que esteja disponível para o paciente e que ele possa dar continuidade, uma vez que o tratamento leva pelo menos alguns meses), fatores logísticos (para um indivíduo, severamente deprimido, deslocar-se até a farmácia e ficar na fila pode ser uma tarefa bastante árdua), crenças pessoais sobre a doença e o tratamento (como crenças de que a depressão é um problema espiritual ou "preguiça" que precisa ser superada, etc.).

- *Em caso de resposta inadequada (piora sintomática ou nenhuma melhor após 4 a seis semanas), reveja o diagnóstico e verifique se a medicação foi tomada regularmente em dose adequada*. Avalie o aumento da dose, se os sintomas persistirem por 4 a seis semanas com a dose máxima, pense em trocar para outro antidepressivo. Troque o antidepressivo com cuidado, isto é, interrompa o primeiro medicamento, deixe-o alguns dias sem medicamento e, se possível, introduza o segundo medicamento (ex.: troca de fluoxetina para amitriptilina).

- *Comorbidades clínicas.* Pacientes com o comprometimento da função hepática e renal devem utilizar dosagens inferiores.

- **Seguimento periódico**

Pode ser feito através de consultas na unidade de APS com médico ou outros profissionais de saúde. Se for necessário, realizar uma visita domiciliar ou uma ligação ao domicílio. Inicialmente, o ideal é que o paciente seja reavaliado a cada duas semanas

até que se tenha um resultado positivo. Após isso, é possível distanciar a consulta para cada 1 a 2 meses.

- **Interrupção do tratamento: quando e como?**

Avalie a interrupção progressiva do tratamento para os pacientes com melhora sintomática significativa durante o período mínimo de 6 meses e com retorno ao seu funcionamento de base.

Converse com o paciente sobre o término do tratamento ao menos 2 meses antes que este ocorra, de modo que este possa se preparar para tal.

Distancie progressivamente os intervalos entre as sessões, a fim de facilitar a autonomia do indivíduo. Mantenha o uso de antidepressivo na dose efetiva durante pelo menos 6 meses após a melhora sintomatológica e o retorno ao funcionamento de base, com a redução gradual da medicação por um período mínimo de 4 semanas.
Informe acerca da possiblidade de recaída e a pedir novamente ajuda se for preciso.

5.3 Benzodiazepínicos

Os benzodiazepínicos representam um grupo de psicofármacos que reduzem o nível de ansiedade em doses baixas e podem induzir o sono em doses mais altas.
Quadro 13 - Benzodiazepínicos.

Indicação de uso	Os benzodiazepínicos estão indicados para tratar a ansiedade ou insônia severas, que causam sofrimento e comprometimento funcional do indivíduo.
Doses terapêuticas	Devido estarem associados a dependência e a sintomas de abstinência, devem ser administrados na menor dose terapêutica e por período mais curto o possível (máximo de 4 semanas).
	1. Esta classe de medicamentos encurta o início do sono, diminuem o número de despertares noturnos, aumentam o

ATENÇÃO!	tempo de sono e reduzem ansiedade, agitação e tensão. Os de meia-vida curta estão associados a menor sedação diurna, mas podem tem maior potencial de causar dependência, devendo ser evitados
	2. Em indivíduos com ansiedade generalizada e quadros depressivos acompanhados de sintomas de ansiedade, os benzodiazepínicos podem ser utilizados por um período de até 4 semanas para o controle da ansiedade inicial incapacitante, já que as medicações antidepressivas e as abordagens psicossociais levam algumas semanas para terem efeito.

Fonte: Adaptado de: CHIAVERINI, D. H. et al. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3231.pdf>.

- **Quais os benzodiazepínicos que costumam estar disponíveis na Atenção Primária à Saúde?**

Diazepam e Clonazepam - ambos de meia-vida longa, podendo ser utilizados uma única vez ao dia.

Diazepan
Diante de quadros de ansiedade agudos, as doses preconizadas de situam-se entre 5 a 15 mg/dia.
Clonazepam
Diante de quadros de ansiedade agudos, as doses preconizadas situam-se entre 0,5 a 2,0 mg/dia.
Pode ser utilizado na dose de 0,25-0,5 mg sublingual, em casos de urgência, em função de ter uma alta potência, costumando ser bastante útil no controle de crises

agudas de ansiedade. Só o fato de saber que a medicação está disponível caso uma crise ocorra já atua como um tranquilizador para o paciente. Deve-se renovar a receita médica.

Quadro 14 - Cuidados ao prescrever benzodiazepínicos e seus efeitos adversos.

Cuidados	Efeitos adversos
Utilizar a menor dose possível, pelo menor tempo possível.	Tonteira, sedação e fraqueza muscular.
Evitar a direção de automóveis ou máquinas.	Comprometimento de memória no uso crônico.
Não prescrever dois benzodiazepínicos simultaneamente.	Risco de efeito paradoxal em idosos e crianças.
Evitar o uso de benzodiazepínicos em pacientes com potencial de dependência.	Risco de dependência - doses altas, uso contínuo, uso de benzodiazepínicos de meia-vida curta em pacientes com história de dependência.

QUESTÃO NORTEADORA 6

Que intervenções psicossociais podem ser desenvolvidas no contexto da Atenção Primária à Saúde?

Resposta:

Entre as intervenções psicossociais para o cuidado dos TMC, existe uma grande variedade de modalidades que possuem diferentes graus de complexidade técnica,

algumas passíveis de serem realizadas pela própria equipe da APS, outras de serem realizadas com o apoio do especialista de saúde mental do NASF e outras se configurando como atendimento especializado. Tais intervenções incluem desde as abordagens iniciais de baixa complexidade até intervenções avançadas. Mas é importante ter em mente que na APS as intervenções psicossociais devem ser SEMPRE estruturadas. Alguns critérios podem nortear a escolha pela modalidade de intervenção, tais como: o tipo e a gravidade do quadro clínico, a disponibilidade na rede e na comunidade e prioridades para os pacientes e suas famílias.

6 INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS DE BAIXA COMPLEXIDADE

Envolvem sessões de psicoeducação, fortalecimento da rede social e atividade física. Por serem consideradas intervenções de baixa complexidade, podem ser realizadas diretamente pela equipe da APS, isto é, não dependem da atuação de um especialista em saúde mental.

6.1 Psicoeducação

Foco nos fatores precipitantes, na compreensão dos sintomas e no desenvolvimento do autocontrole. De preferência em grupo, com um máximo de 12 participantes e duração de 1-2 horas por sessão.

Exemplo de temas importantes de serem abordados nas atividades de psicoeducação para pacientes com depressão e ansiedade

Os transtornos mentais são um problema muito comum e que pode acometer qualquer um. As pessoas com transtornos mentais tendem a ter opiniões infundadas sobre si mesmas, sua vida e seu futuro.

Existem tratamentos efetivos que tendem a levar algumas semanas até os sintomas possam ceder. A adesão ao tratamento proposto é fundamental para a obtenção de resultados efetivos e duradouros.

Os medicamentos podem apresentar sintomas de retirada quando descontinuados de forma abrupta ou se omitidas doses. São efetivos tanto para o tratamento da depressão e da ansiedade quanto para prevenir futuras recorrências.

6.2 Orientações gerais para a realização de intervenções psicossociais

Não interromper atividades que eram interessantes ou que davam prazer.

Procurar manter um ritmo de sono regular.

Realizar atividades físicas regulares.

Manter regularmente atividades sociais, incluindo a participação em atividades sociais comunitárias, na medida do possível.

Identificar ideias de autodestruição ou suicídio e procurar ajuda quando isso ocorrer.

Para idosos e portadores de doenças crônicas, continuar a buscar ajuda para os problemas de saúde física.

6.3 Cuidar dos estressores psicossociais

Dê à pessoa a oportunidade de falar, de preferência em um ambiente privativo, pedindo para que esta diga qual o seu entendimento acerca do que está ocorrendo.

Questione acerca dos estressores psicossociais atuais e ajude o paciente, dentro do possível, a abordá-los, com o auxílio de serviços e os recursos da comunidade.

Avalie e maneje situações de maus tratos, abuso (ex.: violência doméstica) e negligência (crianças, idosos), identifique e envolva os membros da família que apoiam.

6.4 Fortalecimento da rede social

Contribuir para o autocontrole dos sintomas, contribuindo para o enfrentamento gradual de situações que desencadeiam ansiedade.

Envolver a família, grupos de ajuda mútua e da rede comunitária de acordo com a realidade particular do indivíduo.

Identificar as redes sociais anteriores que têm potencial para oferecer apoio psicossocial direto ou indireto (ex: reuniões familiares e de amigos, vizinhos, atividades sociais relacionadas ao trabalho, práticas de esportes, envolvimento em atividades comunitárias).

Aproveitar os pontos fortes da pessoa e encoraja-la a retomar suas atividades sociais anteriores, na medida do possível.

6.5 Estímulo à prática de atividade física

Cerca de 30 minutos, 4x na semana, contribui para o alívio dos sintomas. É importante que a pessoa encontre um tipo de atividade física que considere atrativa, de forma que seja capaz de mantê-la ao longo do tempo.

Estabelecer, com o paciente, um programa estruturado.

Seguimento regular (grupos na unidade, telefone, agente comunitário). Aumento gradual da quantidade de atividade, podendo começar com 5 minutos 4x por semana e chegar até 30 minutos na mesma frequência.

6.6 Como aumentar a adesão ao tratamento?

Programas de psicoeducação para o paciente e sua família.

Seguimento e controle telefônico quando for possível.

Visitas domiciliares.

Grupos de autoajuda, com o apoio de um profissional da ESF

Material educativo impresso para os pacientes em sofrimento e sua família.

Partilhar o cuidado com algum membro da família ou ente querido.

Identificação e abordagem dos fatores de risco associados (violência doméstica, sobrecarga de trabalho, multiplicidade de papéis, etc.).

7 INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS AVANÇADAS

No modelo do cuidado escalonado, quando o acolhimento e as abordagens iniciais de baixa complexidade não surtem efeito no cuidado aos TMC, além do tratamento farmacológico, de acordo com a OMS (2010), há também um leque de intervenções avançadas que podem ser realizadas na APS antes de se optar pelo encaminhamento do paciente para serviços especializados, o que pode ser eventualmente necessário em alguns casos. Assim, frequentemente as intervenções avançadas são disponibilizadas como um dos componentes de um pacote de diversas ações terapêuticas, que podem ser desenvolvidas de modo combinado simultaneamente ou executadas numa sequência de etapas escalonadas.

As intervenções psicossociais avançadas envolvem abordagens psicológicas que, quando usadas na APS, costumam ser mais breves do que quando oferecidas nos serviços especializados. Devem ser realizadas semanalmente, ao longo de um período definido, podendo ser feitas numa base individual ou grupal. Mesmo sendo consideradas intervenções avançadas, por seguirem um plano estruturado, podem ser desenvolvidas por profissionais da APS. Mas é necessário e importante que o profissional da APS passe por algum tipo de treinamento para manejá-las (MENEZES, 2012).

Dentre as intervenções avançadas, estão Terapia Interpessoal, Terapia Cognitivo-comportamental, Terapia de Solução de Problemas, Terapia de Reatribuição, além das intervenções de grupo. Por questões metodológicas, neste módulo do curso serão abordadas especificamente a Terapia de Solução de Problemas, a Terapia Interpessoal e a Terapia de Reatribuição.

7.1 Terapia de Reatribuição

Esta modalidade terapêutica é utilizada principalmente no cuidado de pessoas que apresentam sofrimento emocional com sintomas físicos sem explicação médica, pois estes podem “mascarar” o que ocorre com o paciente, uma vez que a presença de

sintomas físicos pode sugestionar a solicitação de exames. Entretanto, muito frequentemente, tais sintomas costumam ser uma forma indireta de expressão de sofrimento que pode estar relacionado a estados ansiosos e/ou depressivos combinados com problemas/vulnerabilidades psicossociais.

Sendo assim, é preciso ajudar o paciente a entender que tais sintomas podem sinalizar problemas emocionais, associação que ele não costuma fazer. É importante auxiliá-lo a compreender a relação entre suas queixas físicas e seu sofrimento emocional para que ele possa construir uma nova percepção/representação mental de seu adoecimento. Ao desenvolver esse novo processo de compreensão de seus sintomas, o paciente poderá, então, estabelecer novas atribuições de significado a seu sofrimento. Neste sentido, esta terapêutica ajuda o paciente redirecionar crenças, sentimentos, percepções e estabelecer novas conexões. Por isso, o título de “terapia de reatribuição”.

Elaborar novas reatribuições para seus sintomas físicos é o primeiro momento desta modalidade terapêutica, cujo prosseguimento ao longo das consultas seguintes deve oferecer apoio ao paciente para que ele possa encontrar/desenvolver soluções para seus problemas.

7.2 Terapia de Solução de Problemas (TSP)

Surgiu como treinamento de autocontrole para o manejo de situações de estresse oferecendo apoio para o paciente desenvolver habilidades básicas de resolução de problemas a fim de contornar dificuldades de sua vida e alcançar uma ampla mudança comportamental.

Esta modalidade terapêutica atua diretamente sobre os principais problemas que podem estar contribuindo para o quadro de sofrimento psíquico do paciente. Terapeuta e paciente definem juntos um foco de trabalho, escolhendo e isolando um dos problemas para então dividi-lo em tarefas específicas e manejáveis, e logo traçar estratégias de enfrentamento. Este tipo de intervenção pode ser usada sempre que o problema do

paciente possa ser devidamente identificado e especificado, e desde que seja possível estabelecer metas objetivas e realistas.

A TSP apresenta boas evidências para o cuidado de TMC, já tendo sido testada por médicos e enfermeiros e sendo usada na APS com boa aceitação dos profissionais. É relativamente fácil de ser aplicada porque a capacidade de resolução de problemas pode ser desenvolvida qualquer que seja o nível de inteligência do paciente, e é especialmente adequada a APS devido à forte associação entre adoecimento mental e conflitos vividos pelos indivíduos que frequentam estas unidades. Dentre os principais objetivos da TSP estão:

- ajudar o paciente a reconhecer problemas ou conflitos relacionados a seu sofrimento emocional;

- ensiná-lo a reconhecer os recursos que possui para resolver suas dificuldades aumentando sua sensação de controle sobre as circunstâncias negativas;

- ensiná-lo um método de apoio para lidar tanto com a problemática atual, quanto no caso de problemas futuros.

A Terapia de Solução de Problemas é indicada nas seguintes circunstâncias relacionadas aos TMC:

- perda real ou temida (propriedade, status, relacionamentos, etc.);

- adoecimento físico; dificuldades nas relações conjugais ou interpessoais;

- problemas nos estudos ou no trabalho e dificuldades de adaptação ao contexto da existência de um transtorno mental ou problema psicológico.

Quais as suas contraindicações?

-Transtorno mental severo e persistente;

-Transtorno de personalidade.

ATENÇÃO!

Quando a pessoa apresenta extrema baixa autoestima e capacidade de confiança, pode ser mais difícil, mas ainda assim pode ser útil para este paciente.

7.3 Terapia Interpessoal (TIP)

É uma modalidade de cuidado psicológico indicada para ajudar a pessoa a identificar e cuidar de problemas no seu relacionamento com familiares, amigos, parceiros e outras pessoas. Considerando que a modificação das circunstâncias sociais e interpessoais pode promover a melhora clínica, principalmente em casos de depressão, a TIP busca atuar sobre as disfunções sociais associadas aos problemas emocionais.

O foco de cuidado começa com a observação da conexão existente entre os sintomas, os relacionamentos e o contexto social nos quais a pessoa está imersa com o intuito de abordar conflitos ou problemas interpessoais que estejam mobilizando emocionalmente a pessoa.

De modo geral, a TIP procura incentivar o paciente a dinamizar suas interações sociais, a ampliar a comunicação com pessoas de sua rede de relacionamento e a estabelecer ou aprofundar relações de vínculo e confiança no sentido de aumentar o escopo do suporte social.

7.3.1 Indicações para uso da Terapia Interpessoal

Na atuação dos profissionais da APS junto com seus matriciadores, a TIP é indicada em casos de pacientes deprimidos, pacientes em situações de conflito conjugal ou quaisquer outros problemas de relacionamento interpessoal, em casos de abuso de substâncias, apresentando também grande potencial para a abordagem de pessoas que sofreram situações de violência física ou psíquica.

Existem quatro situações em que problemas interpessoais são facilmente identificáveis e por isso, a TIP é altamente recomendável:

1) casos de luto associado a perdas;

2) casos de conflitos ou disputas interpessoais que dificultam estabelecer e manter vínculos de confiança;

3) casos de transição de papéis associada a mudanças nas condições de vida ou a eventos traumáticos;
4) casos de alta sensibilidade interpessoal em que sintomas intrusivos ou de evitação prejudicam ou impedem a interação social.

QUESTÃO NORTEADORA 7

Quando solicitar o suporte do matriciamento em saúde mental? Quando e como encaminhar para um serviço especializado? Como o matriciamento se articula com este encaminhamento?

Resposta:

É provável que a equipe de atenção básica ou ESF precise do suporte de um especialista de saúde mental em casos de maior complexidade clínica ou psicossocial para a estruturação do projeto terapêutico singular, ou mesmo para a abordagem da família. Algumas situações clínicas complexas e de maior gravidade que servem de alerta para a necessidade de apoio especializado encontram-se na tabela abaixo:

ATENÇÃO!

Situações clínicas de alerta para chamar apoio matricial

- Transtorno mental severo descompensado.
- História de tentativa de suicídio prévia.
- História familiar de suicídio recente.
- Enfermidade física grave, que provoca dor, com mau prognóstico.
- Baixa resposta à abordagem na APS.

No quadro 15, destacam-se os principais pontos a serem considerados para a reavaliação do projeto terapêutico:

Quadro 15 - Principais pontos para a reavaliação do projeto terapêutico.

Reavaliação do projeto terapêutico - como proceder?
Reavalie integralmente o projeto terapêutico, contemplando não somente a dimensão clínica (diagnóstico está correto?); como também a psicológica (existe algum aspecto psicológico que esteja afetando a adesão ao tratamento?); familiar (a terapêutica depende de um cuidador? Como está a saúde mental deste?); educacional (o paciente é capaz de compreender a importância do tratamento?); laboral (está sendo possível conciliar o tratamento com o trabalho? existe a possibilidade de um afastamento temporário?); comunitária (o paciente vive só? alguém da comunidade poderia verificar a ingesta medicamentosa?)
Ao reformular o projeto terapêutico, considere os seguintes aspectos:
Otimização da dose medicamentosa (de acordo com a resposta e tolerância) ou avaliação da necessidade de troca medicamentosa, quando este recurso estiver sendo utilizado. Avalie a necessidade de intervenções individuais, familiares e sociais. Avalie a indicação de acompanhamento concomitante em serviço especializado de saúde mental.

Apesar disso, algumas situações clínicas devem acender o alerta para necessidade de um acompanhamento especializado.

ATENÇÃO
Situações clínicas de alerta para acompanhamento especializado – Em caso de risco de suicídio. – Na presença de sintomas psicóticos. – Depressão refratária ou recorrente. – Complicações ou condições associadas complexas e de difícil manejo.

ATENÇÃO!

O encaminhamento do paciente não exime a equipe da APS de sua responsabilidade pelo paciente. Além do suporte clínico a este paciente, a ESF tem um papel fundamental no que se refere à adesão ao tratamento proposto e na integração do tratamento dos Transtornos Mentais Comuns com outras possíveis condições clínicas. O tratamento do transtorno de ansiedade pode facilitar o controle pressórico do paciente ou favorecer a interrupção do tabagismo em um paciente que participava do grupo de tabagismo, sem sucesso em interromper o uso. O mesmo vale para quadros de compulsão alimentar, em que o paciente não consegue reduzir seu peso apesar das orientações dietéticas e da prática de atividades físicas, por exemplo.

É comum que as equipes solicitem suporte de um especialista de saúde mental para iniciar um grupo de intervenção psicossocial, mas que, com a instituição de um grupo, os próprios profissionais da atenção básica sintam-se seguros de dar continuidade ao mesmo, sem a necessidade da presença física do matriciador.

O suporte à equipe é outro papel importante do matriciador, já que o cuidado em saúde mental depende também da saúde da equipe como um todo. Logo, é frequente que haja necessidade da equipe em receber apoio para resolver problemas que interferem na realização do trabalho (ex. dificuldades interpessoais ou outras situações desafiadoras).

O mesmo acontece com a articulação em rede, mais um papel fundamental do matriciamento em saúde mental. O matriciador não só apresenta a rede de saúde mental para a APS, como realiza a articulação entre ambas, a partir do cuidado a casos que irão requerer uma corresponsabilizaçao do cuidado entre a atenção básica e a rede de saúde mental (pacientes com transtorno mental grave em acompanhamento no CAPS, paciente com dependência química que necessita do suporte concomitante do CAPS AD).

Conforme esta rede vai sendo construída, passa a existir um fluxo e uma comunicação que não devem permanecer centrados na figura do matriciador, seguindo para além deste.

QUESTÃO NORTEADORA 8

O que fazer pela família quando mais de um de seus membros demonstram estar passando por situação de sofrimento?

Resposta:

Quando mais de um membro da família apresenta sofrimento, o nível de complexidade da situação aumenta, pois, o adoecimento e as dificuldades enfrentadas por cada membro da família influencia mutuamente o estado dos outros, potencializando ainda mais as adversidades individuais e enfraquecendo o sistema familiar como um todo, podendo instaurar um ambiente de risco e vulnerabilidade psicossocial. Nestas situações, a abordagem de cuidado não deve se restringir apenas à pessoa que busca ajuda, recomenda-se englobar todo o sistema familiar.

Um instrumento que pode ser útil é o genograma que consiste na representação gráfica tanto da hierarquia, quanto dos laços afetivos de um grupo familiar, e permite identificar os padrões relacionais entre membros de uma família.

No caso descrito, os integrantes da família atravessam inúmeras dificuldades, apresentam doenças crônicas e manifestam adoecimento psíquico. Nota-se: o pai de família desempregado apresentando crises de pânico, demonstrando uso abusivo de álcool e atos de violência doméstica; a mãe de família com quadro depressivo em fase de agravamento progressivo e possível risco de suicídio, com falta de vitalidade para trabalhar, cuidar da casa e das crianças, e buscando isolamento social; uma idosa em fase de luto, sem rede social porque recentemente migrou de sua terra natal por motivo de falecimento do cônjuge, e apresentando problemas de sono e ansiedade generalizada; um jovem com risco de envolver-se em atividades ilícitas seja com tráfico, drogas ou outras; além de um adolescente e uma criança fora da escola. Tudo isso ainda acrescido de alguns elementos que agravam ainda mais o panorama geral do sistema familiar: fazerem uso irregular de psicotrópicos, morarem em bairro de periferia

com problemas habitacionais, de transporte, pobreza, etc.; desemprego e perda da renda do Programa Bolsa Família, e vivenciarem episódios de violência doméstica e eventos de violência comunitária.

Analisando a quantidade de pessoas adoecidas, as manifestações de sofrimento, o nível de gravidade do adoecimento, o comprometimento funcional em relação às atividades diárias, o baixo índice de recursos disponíveis dentro do próprio sistema familiar, e as precárias condições sociais em que vivem, não há dúvida de que esse caso pode ser considerado bastante complexo.

Em casos como esse, em que é necessário empreender uma gama variada de ações de cuidado, seja simultaneamente, seja de modo escalonado, outra ferramenta recomendada para uso é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), pois esta metodologia/instrumento facilita a organização do planeamento das ações a serem desenvolvidas, bem como o acompanhamento das mesmas. Vale ressaltar que é importante que o PTS deve ser elaborado junto com a família a fim de incentivar sua participação ativa no processo de cuidado.

Para melhor abordar os TMC, além de considerar os sintomas e o tratamento exclusivamente médico, deve-se contemplar também o contexto das questões psicossociais que geram vulnerabilidades no sistema familiar.

Neste sentido, o escopo do cuidado pode ser ampliado executando-se não só ações que integrem outros serviços de saúde, mas também que acionem recursos da própria comunidade, e/ou até mesmo outros setores “para fora” do sistema de saúde. Assim, a fim de configurar uma rede de cuidado, pode-se procurar estabelecer ações em parceria com atores do próprio território (exemplo, associações, clubes, escolas de samba, igreja, etc.) e também em articulação intersetorial com serviços/instituições de outros setores governamentais e/ou da sociedade em geral.

As reuniões de equipe e, nas localidades em que existem, os fóruns locais de saúde ou os encontros intersetoriais, são sempre momentos chave para a equipe ESF fazer contato com outras instâncias a fim de estabelecer parcerias e articular ações compartilhadas que possam contribuir para o cuidado de determinado paciente. Vale

notar que uma vez que tais ações sejam definidas, recomenda-se registrá-las no Projeto Terapêutico Singular, para que possam ser devidamente acompanhadas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. M.; COUTINHO, E. S. F.; PEPE, V. L. E. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 5-16, jan./mar. 1994. Disponível em: **http://www.scielosp.org/pdf/csp/v10n1/v10n1a02.pdf**. Acesso em: 28 nov. 2016.

AAS, I. M. Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). **Annals of General Psychiatry**, v.10, n. 2, 2011. Disponível em: http://doi.org/10.1186/1744-859X-10-2. Acesso em: 25 nov. 2016.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV-TR**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CHIAVERINI, D. H. et al. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. 236 p. Disponível em: < https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3231.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2016.

CORREIA, C.R.M. **Uso de antidepressivos e benzodiazepínicos em mulheres atendidas em unidades de saúde da família e sua dimensão psicossocial**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva, Epidemiologia) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2014.

FORTES, S.; VILLANO, L.A.; LOPES, C.S. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petropolis, Rio de Janeiro. **Rev Bras Psiquiatr**, São Paulo, v. 30, n.1, p.32-37, mar. 2008.

GOLDBERG, D. P. Anxious forms of depression. **Depression and anxiety**, v. 31, n. 4, p. 344-351, apr. 2014a. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24281827. Acesso em: 28 nov. 2016.

_____. A bio-soscial model for common mental disorders. **Acta Psychiatrica Sacandinavica**, n. 90, p. 66-70, 2014b.

GONÇALVES, D.A. et al. Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na Atenção Primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 623-632, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n3/0102-311X-csp-30-3-0623.pdf. Acesso em: 28 nov. 2016.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de medicina de família e comunidade**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 2222p. 2.v.

KUTCHER, S.; CHEHIL, S. **Suicide risk management**: a manual for health professionals. Oxford: Wiley-Blackwell, 2007.

MENEZES, A. L. A. Intervenções psicossociais para transtornos mentais comuns na Atenção Primária à Saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria**. Washington, DC: OPAS, 2013. (Serie PALTEX

para técnicos medios y auxiliares Nº. 25). Disponível em: < http://www.paho.org/blogs/paltex/wp-content/uploads/2014/01/SaludMental_paratrabajadores_APS1.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2016

OMS. **MI-GAP Manual de intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde**: versão 1.0. Genebra: WHO, 2010. 83p. Disponível em: < http://www.who.int/mental_health/publications/IG_portuguese.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2016.

RIBEIRO, C. S. et al. Chronic use of diazepam in primary healthcare centers: user profile and usage pattern. **São Paulo Med. J**., Sao Paulo, v 125, n. 5, p 270-274, sept. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802007000500004. Acesso em: 28 nov. 2016.

TOFOLI, L.F.; ANDRADE, L.H.; FORTES, S. Somatização na América Latina: uma revisão sobre a classificação de transtornos somatoformes, síndromes funcionais e sintomas sem explicação médica. **Rev. Bras. Psiquiatr**. São Paulo, v. 33, supl. 1, p. s59-s69, mayo. 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000500006>. Acesso em: 28 nov. 2016.

WHO. **Pharmacological treatment of mental mental disorders in primary health care**. Geneva, 2009. 68p. Disponível em: < http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44095/1/9789241547697_eng.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2016.

_____. **Measuring health and disability**: manual for WHO disability assessment. Schedule WHODAS 2.0. WHO, 2010. Disponível em: <

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9789241547598_eng.pdf?ua=1&ua=1. Acesso em: 25 nov. 2016.

LEITURA COMPLEMENTAR:

CAMPAYO, J.G. et al. Terapia de resolución de problemas: psicoterapia de elección para atención primaria. **Atención Primaria**, v. 24, n. 10, p. 594-601, dic.1999. Disponível em: < http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-terapia-resolucion-problemas-psicoterapia-eleccion-13429>. Acesso em: 28 nov. 2016.

FORTES, S. et al. Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a APS pelo matriciamento. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1079-1102, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01079.pdf. Acesso em: 28 nov. 2016.

GONÇALVES, D.A. et al. Intervenções psicossociais na Atenção Primária à Saúde. In: DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. (Org.). **Medicina ambulatorial**: condutas de Atenção Primária baseadas em evidência. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

LACAZ, F.S. Bases teóricas da terapia interpessoal. In: SCHOEDL, A.F. et al. **Psicoterapia interpessoal**: teoria e prática. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2009. cap. 1. p. 1-19.

MELLO, M.F. et al. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. **Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci,** v. 255, n. 2, p. 75-82, apr. 2005. Disponível em: <10.1007/s00406-004-0542-x>. Acesso em: 28 nov. 2016.

OLIVEIRA, G.N. Projeto terapêutico singular. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERREO, A.V.P. **Manual de práticas de Atenção Básica**: saúde ampliada e compartilhada. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 411p.

WEISSMAN, M.M. Interpersonal psychotherapy: current status. **Keio J Med**, v. 46, n. 3, p. 105-110, 1997.