

**LINHA GUIA DE SAÚDE MENTAL DO
MUNICÍPIO DE LONDRINA**

ABRIL/2022



PREFEITO

MARCELO BELINATI MARTINS

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

CARLOS FELIPPE MARCONDES MACHADO

DIRETORIA GERAL

ROSILENE APARECIDA MACHADO

DIRETORIA DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE SAÚDE

CLÁUDIA DENISE GARCIA

DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

VALÉRIA CRISTINA ALMEIDA DE AZEVEDO BARBOSA

RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

BEATRIZ ZAMPAR

LONDRINA

2022



Produção, distribuição e informações:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA

Secretário - Carlos Felipe Marcondes Machado

Endereço: Av. Theodoro Victorelli, 103

CEP: 86027-750

Telefone (43) 3372-9434

E-mail: gabinete@saude.londrina.pr.gov.br

EQUIPE RESPONSÁVEL - 1ª. Edição

ORGANIZADORAS

Beatriz Zampar

Cláudia Denise Garcia

COLABORAÇÃO

Grupo Técnico de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

FORMATAÇÃO

Márcia Sayuri Tanisawa



AUTORES

Beatriz Zampar

Cristiane Sayuri Shibata

Debora Anhaia de Campos

Lucas Freitas Bergamaschi Pereira da Silva

Jacqueline Alves Pereira

Juliana Cristina de Carvalho

Julio Cesar Yuhara Zucolli

Paulo Viktor Ribeiro

Raquel Sirashigue

Rita de Cassia Ramos Medeiros

Sonia Maria Coutinho Orquiza

Stefany De Almeida Bortolato

REVISÃO

Edilson Amorim

Henrique Yamaguchi

Maria Angelica Gambarini



SUMÁRIO

1. Abuso de substâncias.....	05
2. Ansiedade.....	21
3. Psicose.....	40
4. Sono.....	51
5. Tabagismo.....	79
6. Transtornos Alimentares.....	83
7. Tristeza.....	90
8. Referências.....	101



Abuso de substâncias

O DSM-5 une essas duas categorias (abuso e dependência) em um *continuum*, chamado agora de Transtornos do Uso de Substâncias, podendo ser classificados como leves, moderados ou graves, dependendo do número de critérios preenchidos. Um padrão problemático de uso de substâncias, levando ao comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, é manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrido durante um período de 12 meses:

1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

- Necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
- Acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.

2. Síndrome de abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:

- Síndrome de abstinência característica para a substância;
- A mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.

3. Desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.

4. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.

5. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização ou na recuperação de seus efeitos.

6. Problemas legais recorrentes relacionadas ao uso de substâncias

2 ou 3: LEVE 4 ou 5: MODERADO 6 ou+ fatores: GRAVE

Correlação entre Habilidades Sociais, Dependência Química Abuso de Drogas

O abuso de drogas e a dependência química compõem o ranking de terceiro transtorno psiquiátrico mais prevalente, estando associado aos mais diversos problemas sociais, familiares e de saúde.

Pesquisas mostram que a falta de habilidade para lidar com algumas situações está associada ao maior consumo de drogas e as principais dificuldades de habilidade encontram-se relacionado aos seguintes comportamentos e pensamentos: sentimentos negativos, pouca assertividade, baixo senso crítico, dificuldades em receber críticas, problemas



na comunicação (interior e exterior), recusa de droga, dizer não a si e aos demais, socializar-se, baixa tolerância a frustrações, adiar prazeres, problemas em reconhecer e enfrentar situações de risco, problemas no manejo da fissura, falta de planejamento, entre outros

Observam que a associação entre abuso e dependência do álcool, tem influência no estado emocional do indivíduo. Problemas relacionados a essa área são pesquisados há algum tempo, mas estes apontamentos relacionados às inabilidades em situações sociais são inovadores quanto ao tratamento e prevenção do abuso e dependência do álcool.

Os fatores de risco e proteção para o consumo de drogas abrangem os fatores psicológicos, influências do grupo, fatores externos como baixo nível socioeconômico, famílias desestruturadas ou com familiares dependentes químicos.

Álcool

O álcool é uma droga depressora, afeta o cérebro, fazendo com que ele funcione de forma mais lenta. Elas diminuem a atenção, a concentração, a tensão emocional e a capacidade intelectual. O consumo inadequado pode causar cirrose hepática, pancreatite, câncer diversos, transtorno mentais, epilepsia, hipertensão, diabetes. Também é fator de risco para ISTs, HIV, homicídios, agressões acidentais de trânsito, falta ao trabalho, entre outros.

Problemas relacionados ao consumo de álcool

O álcool é a droga mais produzida, consumida e que causa mais dependência em todo o mundo. Está relacionado a danos de saúde diretos aos usuários, como traumas, cânceres e cirrose; é o fator mais frequentemente associado a episódios de violência interpessoal, seja nas relações familiares ou comunitárias próximas. Da mesma forma, é o fator mais frequentemente associado a acidentes de trânsito envolvendo alcoolizados e não alcoolizados.

As estratégias de enfrentamento dos problemas relacionados ao consumo do álcool são, em geral, a resposta a uma complexa rede de influências macro e micropolíticas que envolvem desde produtores internacionais e nacionais, governos federal, estadual e municipal, aspectos culturais até a rede de equipamentos sociais locais.

O modelo espiritual, que reproduz o modelo patológico de etiologia, dá ênfase ao apoio social de grupos de autoajuda, como Alcoólicos Anônimos (AA), e em uma “força superior” dependendo da religião seguida. O modelo compensatório considera os diversos fatores de risco biopsicossociais de forma individualizada, e a proposta de cuidado centra-se na redução de danos.

Do ponto de vista neurobiológico, a dependência tem sido associada à ativação das vias dopaminérgicas mesolímbica e mesocortical ou sistema de



recompensa cerebral, sendo a área tegmentar ventral, o núcleo accumbens e o córtex pré-frontal as principais regiões envolvidas. Estudos experimentais demonstram a associação de exposição a eventos traumáticos estressantes no início da vida com padrões problemáticos de uso de drogas. Também já foi demonstrada uma forte associação entre eventos estressantes na infância e uso precoce, bem como problemas relacionados ao uso e à dependência de drogas ilícitas. O impacto sociocultural, econômico e de saúde pública, relacionado ao consumo de drogas ilícitas, é gigantesco. É importante ressaltar que os problemas relacionados ao uso do álcool seguem um *continuum* de piora progressiva em sua classificação.

QUADRO 1 – Classificação do consumo de álcool, conforme CID-10, CIAP-2 e OMS

CID-10
Diretrizes diagnósticas na identificação de paciente com uso nocivo de álcool (CID-10 – adaptado)
<ul style="list-style-type: none">• O diagnóstico requer que um dano real tenha sido causado à saúde mental do usuário• Padrões nocivos de uso são frequentemente criticados por outras pessoas e estão, muitas vezes, associados a consequências sociais diversas de vários tipos: o fato de que um padrão de uso de bebidas não ser aprovado por outra pessoa, pela cultura, ou poder levar a consequências socialmente negativas, como prisão ou brigas conjugais, não é por si só evidência de uso nocivo• A intoxicação aguda, ou a “ressaca”, isoladamente, não é evidência suficiente de dano à saúde requerido para codificar uso nocivo
Diretrizes diagnósticas na identificação de pacientes dependentes do álcool (CID-10 – adaptado)
<ul style="list-style-type: none">• Um diagnóstico definitivo de dependência deve ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tiverem sido experienciados ou exibidos em algum momento durante o ano anterior:• Forte desejo ou senso de compulsão para consumir bebidas alcoólicas• Dificuldades de controlar o comportamento de beber em termos de seu início, término ou níveis de consumo• Estado de abstinência fisiológico quando o uso de bebida alcoólica cessou ou foi reduzido, ou uso de álcool (ou de uma substância intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência• Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes de bebida são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas• Abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso de bebida alcoólica, aumento da quantidade de tempo necessária para obter ou consumir a bebida alcoólica ou para se recuperar de seus efeitos• Persistência no uso da bebida, independente da evidência clara de consequências manifestamente nocivas, como danos hepáticos, estados de humor depressivo ou



comprometimento do funcionamento cognitivo; devem-se fazer esforços para determinar se o usuário estava de fato consciente da natureza e da extensão do dano

CIAP-12

P 15 – Abuso Crônico do Álcool

Inclui alcoolismo, síndromes alcoólicas do cérebro, psicose alcoólica, *dellirium tremens*

Critérios: perturbação devida ao consumo de álcool e que resulta em um ou mais episódios clínicos de grave prejuízo para a saúde, dependência, estado de privação ou distúrbios psicóticos

P 16 – Abuso agudo do álcool

Inclui embriaguez

Critérios: perturbação devida ao consumo de álcool que leva a intoxicações agudas, com ou sem uma história de abuso crônico

Classificação da OMS

- Consumo de risco: padrão de consumo de álcool que aumenta o risco de consequências adversas à saúde caso o hábito persista: seria o consumo regular de 20 a 40g e 40 a 60g de uso diário em mulheres e homens, respectivamente
- Consumo prejudicial: refere-se ao consumo com prejuízos concretos para a saúde física e mental da pessoa: definido como consumo regular de mais de 40g e 60g de álcool diário em mulheres e homens, respectivamente
- Consumo excessivo episódico ou circunstancial: acarreta repercussões em problemas específicos de saúde: implica o uso de pelo menos 60g de álcool, por um adulto, em uma mesma ocasião
- A dependência de álcool é um conjunto de fenômenos cognitivos e fisiológicos em que o uso do álcool se torna prioritário para a vida do indivíduo em relação a outras atividades e obrigações

Pessoas com dependência de álcool, ao se absterem ou diminuírem a quantidade habitual ingerida, podem apresentar sinais e sintomas como agitação, tremores, vômitos e alterações do humor, caracterizando a síndrome de abstinência do álcool (SAA). Essa síndrome pode ter intensidade influenciada por fatores genéticos, pelo padrão de consumo, pelo gênero, por características individuais e por fatores socioculturais. Por isso, é importante estabelecer o diagnóstico e definir a gravidade para oferecer os devidos cuidados (Quadro 2).



QUADRO 2 – Critérios diagnósticos para síndrome de abstinência do álcool – Organização Mundial da Saúde

Estado de abstinência (F10.3)

- ▶ Deve haver evidência clara de interrupção ou redução do uso de álcool, após uso repetido, geralmente prolongado e/ou em altas doses
- ▶ Três dos seguintes sinais devem estar presentes:
 - Tremores da língua, pálpebras, ou das mãos, quando estendidas
 - Sudorese
 - Náusea, ânsia de vômitos, ou vômitos
 - Taquicardia ou hipertensão
 - Agitação psicomotora
 - Cefaleia
 - Insônia
 - Mal-estar ou fraqueza
- Alucinações visuais, táteis ou auditivas transitórias
- Convulsões tipo grande mal

Se o *delirium* está presente, o diagnóstico deve ser estado de abstinência alcoólica com *delirium* (*Delirium tremens*) (F10.4); sem convulsão (F10.40) e com convulsão (F10.41)

Fonte: Adaptado de Campana e colaboradores.⁸

Anamnese

A investigação tem de ser aprofundada o suficiente para se determinar o padrão atual do consumo (quantidade, frequência e repercussões na vida da pessoa), além de investigar história pregressa e familiar.

O CAGE é um questionário curto, e pode ser utilizado como triagem. Sua sigla é composta por palavras-chave de cada pergunta do teste, e duas ou mais respostas positivas indicam uso abusivo do álcool¹⁰. (Quadro 3)



QUADRO 3 – Questionário CAGE

C	Alguma vez você sentiu que deveria diminuir (<i>cut down</i>) a quantidade de bebida ou parar de beber?
A	As pessoas o(a) aborrecem (<i>annoyed</i>) ao criticar o seu modo de beber?
G	Você sente-se culpado(a)/chateado(a) (<i>guilty</i>) pela maneira como costuma beber?
E	Você costuma beber pela manhã (<i>eye-opener</i>) para diminuir o nervosismo ou a ressaca?
Duas ou mais respostas positivas indicam abuso do álcool.	

O CAGE para a detecção do uso abusivo e, em um segundo encontro, aplicar o AUDIT para definir o padrão do consumo recente e pactuar algumas intervenções, caso necessárias.

Exame Físico

A complexidade do cuidado da pessoa em uso nocivo do álcool também se reflete no exame físico, já que vários sistemas podem estar acometidos (gastrointestinal, cardiovascular e neurológico). É importante estar atento a alguns achados, como tremores, telangiectasias e elevação da pressão arterial, que reforçam a hipótese de uso excessivo crônico de álcool. (Quadro 4)



AUDIT

Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool

Nome _____ Sexo () F () M Idade _____ Registro _____
Entrevistador _____ Data _____

Leia as perguntas abaixo e anote as respostas com cuidado. Inicie a entrevista dizendo:
"Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses". Explique o que você quer dizer com "consumo de álcool", usando exemplos locais de cerveja, vinho, destilados, etc. Marque as respostas relativas à quantidade em termos de "doses padrão". Veja o quadro abaixo. Marque a pontuação de cada resposta no quadradinho correspondente e some ao final.

<p>1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?</p> <p>(0) Nunca [vá para as questões 9-10] (1) Mensalmente ou menos (2) De 2 a 4 vezes por mês (3) De 2 a 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>6. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia, após ter bebido no dia anterior?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber?</p> <p>(0) 1 ou 2 (1) 3 ou 4 (2) 5 ou 6 (3) 7, 8 ou 9 (4) 10 ou mais</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>7. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>3. Com que frequência você toma "seis ou mais doses" de uma vez?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> <p><i>Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10</i></p>	<p>8. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>4. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?</p> <p>(0) Não (1) Sim, mas não nos últimos 12 meses (2) Sim, nos últimos 12 meses</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>5. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?</p> <p>(0) Nunca (1) Menos do que uma vez ao mês (2) Mensalmente (3) Semanalmente (4) Todos ou quase todos os dias</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>	<p>10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?</p> <p>(0) Não (1) Sim, mas não nos últimos 12 meses (2) Sim, nos últimos 12 meses</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p>
<p>Anote aqui o resultado: $\frac{\quad}{Q1} + \frac{\quad}{Q2} + \frac{\quad}{Q3} + \frac{\quad}{Q4} + \frac{\quad}{Q5} + \frac{\quad}{Q6} + \frac{\quad}{Q7} + \frac{\quad}{Q8} + \frac{\quad}{Q9} + \frac{\quad}{Q10} =$ <input type="checkbox"/></p>	

EQUIVALÊNCIAS DE DOSES DE DIVERSAS BEBIDAS PARA DOSES PADRÃO

1 "DOSE" (contém 14g de álcool puro)

CERVEJA: 1 lata ou 1 copo de chope (350 ml) = 1 "DOSE"; 1 garrafa (600 ml) = 2 "DOSES"; 1 garrafa (1 litro) = 3 "DOSES"

VINHO: 1 taça (140 ml) = 1 "DOSE"; 1 garrafa (750 ml) = 5 "DOSES"

CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE: "meio copo americano" (60 ml) = 1,5 "DOSES"; 1 garrafa (1 litro) = 25 "DOSES"

UÍSQUE, RUM, LICOR etc.: 1 "dose de dosador" (40 ml) = 1 "DOSE"

- Adaptação e Validação para o Brasil por MÉNDEZ, E. B. et al. Uma versão brasileira do AUDIT-Alcohol Use Disorders Identification Test. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 1999.
- Versão original desenvolvida por SAUNDERS, J. et al. (1993). Disponível em: <http://www.who.int/substance_abuse/activities/sbi/en/index.html>.
- Este instrumento faz parte do KIT FORMATURA do curso SUPERA, promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, do Ministério da Justiça, e executado pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

QUADRO 4 – Sinais, sintomas e indicadores do consumo excessivo de álcool



Sistema	Sinais e sintomas
Gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none">▶ Dor abdominal▶ Náusea e vômitos▶ Dispepsia▶ Diminuição do apetite▶ Hemorragia digestiva▶ Alterações hepáticas (hepatomegalia, icterícia e aranhas vasculares)
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none">▶ Hipertensão arterial▶ Palpitações▶ Arritmias
Neurológico	<ul style="list-style-type: none">▶ "Apagões" (<i>blackouts</i>)▶ Tremores▶ Convulsões e quedas▶ Polineuropatias
Trauma	<ul style="list-style-type: none">▶ Acidentes e ferimentos▶ Queimaduras frequentes▶ Cicatrizes múltiplas

Exames Complementares

Em geral, a utilidade dos testes laboratoriais para o diagnóstico do abuso de álcool é limitada. Porém, têm um importante papel para a vigilância de complicações orgânicas decorrentes do álcool. Assim como o exame físico, nenhuma alteração precisa estar presente para confirmar o diagnóstico. As alterações comumente esperadas são a macrocitose, (antes mesmo de anemia aparecer, devido ingestão regular de 80 g/dia de álcool) a elevação das transaminases e da gama-glutamiltransferase (a GGT é um indicador precoce da disfunção hepática. Pode ser evidenciada mesmo antes das alterações clínicas. Também é usada como marcador de abstinência em pessoas em tratamento). O padrão mais comum de alterações hepáticas em pessoas com hepatite alcoólica é a elevação desproporcional (AST/TGO) ou (ALT/TGP). Essarazão é geralmente superior a 2,0 valor raramente visto em outras formas de doença hepática.

Conduta

Para os indivíduos que desenvolvem problemas de uso crônico, o tratamento deve ser ofertado em níveis crescentes de intensidade, restrições e custos. O indivíduo, cujos problemas demonstraram melhora junto à APS, provavelmente não necessitará de outros níveis



assistenciais. O compartilhamento do cuidado e a construção de projetos terapêuticos singulares (PTS) com outros profissionais da rede de apoio, como as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), são importantes estratégias para lidar com casos complexos. Caso essa abordagem inicial não seja suficiente e o problema persistir, é necessária uma nova pactuação entre o usuário, a equipe de APS e outros níveis assistenciais. Para situações de urgência, como a intoxicação alcoólica aguda (IAA) e a síndrome de abstinência do álcool (SAA), a abordagem inicial pode ser realizada pela equipe de APS.

Abordagem Psicossocial

A intervenção breve (IB) é uma estratégia terapêutica estruturada, focal e objetiva que deve ser utilizada por profissionais da APS (A). É considerada como a primeira escolha para abordagem a pessoas que apresentam suspeita de problemas com uso do álcool (Quadro 5).

QUADRO 5 – Passo a passo da intervenção breve

F <i>Feedback</i> (devolutiva)	Comunicar os resultados da avaliação clínica e de instrumentos como o AUDIT, com esclarecimento sobre o seu nível de risco para problemas de saúde física e mental, familiares e sociais
R <i>Responsability</i> (responsabilidade)	Pode-se apresentar o contexto complexo de corresponsabilidade nos problemas relativos ao consumo do álcool na sociedade: é importante estabelecer o estágio de mudança em que a pessoa se encontra, responsabilizando-a por suas decisões (Quadro 243.6). Nesse momento, podem-se definir metas coerentes com o desejo do indivíduo, enfatizando o autocuidado
A <i>Advice</i> (aconselhamento)	Corresponde às orientações e às recomendações que o profissional deve oferecer à pessoa, fundamentadas no conhecimento empírico atual, sendo estas claras, diretas e desvinculadas de juízo de valor moral ou social, que preserve a autonomia de decisão da pessoa
M <i>Menu</i> (menu de opções)	Fornecer à pessoa um “cardápio” de alternativas de ações que possam ser implementadas por ela e pela equipe de saúde
E <i>Empathy</i> (empatia)	O profissional deve comunicar-se com o usuário de forma empática, solidária e compreensiva
S	

Tratamento Farmacológico

O seu principal efeito não é alcançar a abstinência, mas ajudar na sua manutenção e na prevenção de recaídas. A pessoa deve ser orientada sobre o uso devido das



medicações e seus efeitos e receber apoio da família e da equipe de saúde para a adesão ao tratamento. Naltrexona, dissulfiram e acamprosato são as principais medicações para o tratamento farmacológico do uso abusivo do álcool.

O Dissulfiram é indicado para a abstinência, porém, não melhorar abstinência total ou possíveis recaídas (nível 2 de evidência) Ele é útil para pacientes motivados a interromper o uso de álcool já em abstinência alcóolica e com apoio familiar. É importante orientar os pacientes a evitarem todas as fontes de álcool, pois a inibição da enzima ALDH pode durar até duas semanas após a suspensão do DSF. Deve-se explicar os efeitos tóxicos do DSF aos pacientes antes do seu uso, com vista a não ser utilizado sem o prévio consentimento dos mesmos. O dissulfiram inibe o aldeído-desidrogenase e, quando usado associado ao álcool, aumenta os níveis de acetaldeído, provocando reações desagradáveis, como palpitações, rubor, náuseas e vômitos (efeito antabuse). A dose habitual é de 250 mg/dia.

QUADRO 6 – Estágios de mudança

Estágios	O que você deve fazer
Pré-contemplação	<ul style="list-style-type: none">▶ Forneça, ao paciente, informações claras sobre os riscos que envolvem o uso de drogas▶ Incentive-o a pensar nos riscos relacionados ao seu uso de substâncias▶ Encoraje-o a pensar na possibilidade de diminuição ou interrupção do uso
Contemplação	<ul style="list-style-type: none">▶ Forneça, ao paciente, informações claras sobre os riscos que envolvem o uso de drogas▶ Oriente-o sobre possíveis estratégias para diminuir ou parar o consumo▶ Incentive-o a falar sobre as vantagens e desvantagens de seu uso
Preparação	<ul style="list-style-type: none">▶ Ajude o paciente a desenvolver um plano para a mudança de comportamento▶ Identifique, junto com o paciente, as dificuldades que podem surgir durante o processo de mudanças de comportamento e estabeleça estratégias para que ele possa enfrentá-las (estratégias de enfrentamento)
Ação	<ul style="list-style-type: none">▶ Encoraje o paciente a colocar em prática os planos para a mudança de comportamento



Manutenção

- ▶ Elogie o paciente pelo sucesso da mudança de comportamento
- ▶ Reforce as estratégias de enfrentamento para prevenir a recaída

Recaída

- ▶ Identifique, junto com o paciente, as situações de risco relacionadas à recaída (p. ex., onde ele usou, com quem, o que o motivou a usar)
- ▶ Estabeleça estratégias de enfrentamento para as novas situações de risco identificadas nesta etapa
- ▶ Reforce e fortaleça as estratégias de enfrentamento estabelecidas
- ▶ Encoraje o paciente a recomençar o tratamento

Fonte: Fomigoni.¹²

Naltrexona é indicada quando se deseja alcançar o consumo moderado, e a abstinência não é necessária. A naltrexona é um antagonista opioide utilizado na dose habitual de 50-100 mg/dia, com duração de 3 a 4 meses, e pode estender-se de acordo com cada caso. É necessário o acompanhamento da função hepática.

Acamprosato é indicado para reduzir os sintomas da abstinência. O acamprosato é um coagonista de receptores de glutamato, e não apresenta efeitos no humor, na concentração, na atenção e no desempenho psicomotor. A dose habitual varia entre 1.300-2.000mg/dia, divididos em 3 tomadas, por um período de 3 a 12 meses.

QUADRO 7 – Possibilidades terapêuticas



Tratamento	Comentário
IB	É um atendimento com tempo restrito, cujo foco é a mudança de hábito: o passo a passo da intervenção breve está descrito no Quadro 243.5 por meio da abreviação FRAMES, que significa “enquadramento” da pessoa à metodologia: o benefício da IB para consumidores de risco já está bem definido, sendo recomendado para a APS ⁸ (A): a IB é a estratégia com melhor custo-benefício para reduzir consumo e problemas relacionados ao álcool: os usuários mais suscetíveis à IB são os consumidores de risco, os consumidores prejudiciais e os dependentes pesados que não aderem a outros tratamentos ^{12,17}
Redução de danos	O objetivo da proposta está centrado em três aspectos: 1) reduzir os danos associados ao consumo do álcool, como violência e trauma, e acidentes automobilísticos, além de danos sociais; 2) ser uma alternativa para os programas de tolerância zero, definindo metas de consumo moderado ou abstinência; e 3) aumentar a acessibilidade de usuários a programas de tratamento com baixas expectativas. A abordagem de redução de danos envolve, entre outros, IBs e entrevistas motivacionais. ²⁰ Estudos empíricos têm demonstrado que as ações de redução de danos são tão efetivas quanto as orientadas por abstinência ³
Família, amigos e redes sociais	Existem diversas abordagens que incluem a família como coautora do surgimento do abuso e como instituição protetora para apoiar o cuidado: evidências crescentes demonstram a equivalência ou a superação de intervenções familiares e de redes sociais sobre abordagens individuais (B): o desafio é implementar as abordagens nos serviços de APS ^{19,21}
Espiritualidade, religiosidade e religião	Os aspectos-chave relacionados a esse tipo de cuidado são: apoio social, tratamento igualitário e aceitação livre de julgamentos: ²² o envolvimento espiritual de uma pessoa não é um fator capaz de prever abstinência, porém, é capaz de prever afiliação e participação em grupos de AAs, que, por sua vez, é um fator capaz de prever abstinência (B) ²¹



Acupuntura	Não há evidência científica suficiente para recomendação da acupuntura para o tratamento da dependência do álcool: existe um protocolo de auriculoterapia intitulado National Acupuncture Detoxification Association (NADA protocol) que pode ser utilizado conforme competência do profissional e desejo do usuário: tanto na acupuntura como na auriculoterapia, os efeitos colaterais são mínimos (A) ^{26,27}
Nutrição	Intervenções precoces sobre o estado nutricional do usuário com danos hepáticos pode melhorar a resposta ao tratamento, aliviar sintomas e promover qualidade de vida
Saúde digital	Programas autogeridos para detecção e mudança de comportamento, por meio de aplicativos e plataformas digitais, reduzem o consumo de álcool e aumentam o período de abstinência ¹⁶ (C)
Outras	<i>Biofeedback</i> , hipnose, <i>guided imagery</i> , ioga ⁶ (D)
Programas de recuperação em 12 passos	Entre os diversos programas, evidencia-se o AA: as evidências acerca do AA são controversas: para as pessoas que frequentam o grupo, as taxas de abstinência são o dobro em relação a não participantes; maiores níveis de assiduidade estão relacionados a maiores taxas de abstinência e a participação prévia é um fator preditivo de abstinência (A) ^{21,23}
Meditação	Programas com base em <i>mindfulness</i> têm apresentado resultados positivos para metas

Deve-se analisar a necessidade do uso de antidepressivos e ansiolíticos para a redução de sintomas psíquicos, pois podem contribuir para a diminuição do desejo de consumo.

Atualmente, há novos fármacos em estudo que se mostram promissores no tratamento do uso abusivo do álcool. Anticonvulsivantes, como o topiramato e a gabapentina,



podem reduzir o consumo de álcool em pessoas dependentes (C), inclusive na fase de síndrome de abstinência (com vantagem sobre os benzodiazepínicos, por interagirem menos com o álcool). O baclofeno pode ser eficaz para manutenção da abstinência em pessoas com cirrose alcoólica (C). A ondasetrona parece ser eficaz na redução do uso no estágio inicial do alcoolismo (C).

O tratamento farmacológico das dependências químicas como um todo não deve ser a estratégia terapêutica principal, visto que inúmeros outros fatores, além dos biológicos, perfazem estas doenças, mas deve ser pensada como uma importante ferramenta médica na melhor abordagem dos pacientes.

Quando Referenciar

Quando não há recursos suficientes para oferecer o cuidado necessário à pessoa com transtorno de uso de álcool, é necessário referenciar para um serviço especializado. Após o encaminhamento, a equipe de APS permanece responsável pelo acompanhamento do tratamento do usuário. Como referência, há os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD), serviço que trabalha com uma equipe multiprofissional e atende pessoas com transtornos decorrentes do uso e da dependência de álcool e de outras drogas.

Os indivíduos em situações de urgência e emergência relacionadas a episódios de intoxicação e abstinência devem ser cuidados em ambiente calmo com monitoramento dos sinais vitais, observando sempre o risco de aspiração do vômito, na presença de piora da ataxia, náuseas e vômitos já é necessária internação (manter vias aéreas livres, observar o risco de aspiração do vômito. Administrar: Tiamina intramuscular e Glicose intravenosa se necessário).



Erros mais frequentemente cometidos

- ▶ Com relação aos benefícios do uso do álcool, não se deve comparar indivíduos que fazem uso frequente do álcool com quem não faz uso, ou faz uso eventual. Recomendar a ingestão de álcool para quem não faz uso aumenta o risco de desenvolvimento do problema relacionado à bebida (abuso, dependência).³⁰
- ▶ O uso moderado de álcool traz mais riscos do que benefícios para jovens e adultos de meia-idade, principalmente mulheres. Nessa faixa etária, há um aumento na incidência de causas de mortalidade, como trauma e câncer de mama. As doenças que o uso moderado do álcool podem prevenir (doença coronariana, acidente vascular cerebral e diabetes) são mais prevalentes na população idosa.^{5,30}
- ▶ A desintoxicação por si só não é suficiente na abordagem terapêutica da dependência do álcool. O tratamento exige um acompanhamento ao longo do tempo. A eficácia terapêutica deve ser avaliada com testes objetivos após 1 e 5 anos.¹⁶
- ▶ A exigência de abstinência absoluta promovida por alguns programas tradicionais pode prejudicar aqueles que estão apenas querendo reduzir os riscos associados ao uso abusivo, mas não desejam parar de beber.³

QUADRO 8 - Manejo das complicações na síndrome de abstinência alcoólica

Convulsões

- ▶ Diazepam: 10-30 mg/dia, VO, ou 10 mg/IV na crise

Delirium tremens

- ▶ Diazepam: 60 mg/dia, VO, ou
- ▶ Lorazepam: 12 mg/dia, VO
- ▶ Associar, se necessário, haloperidol: 5 mg/dia, VO, ou
- ▶ Clonidina: 0,1-0,2 mg/dia, VO

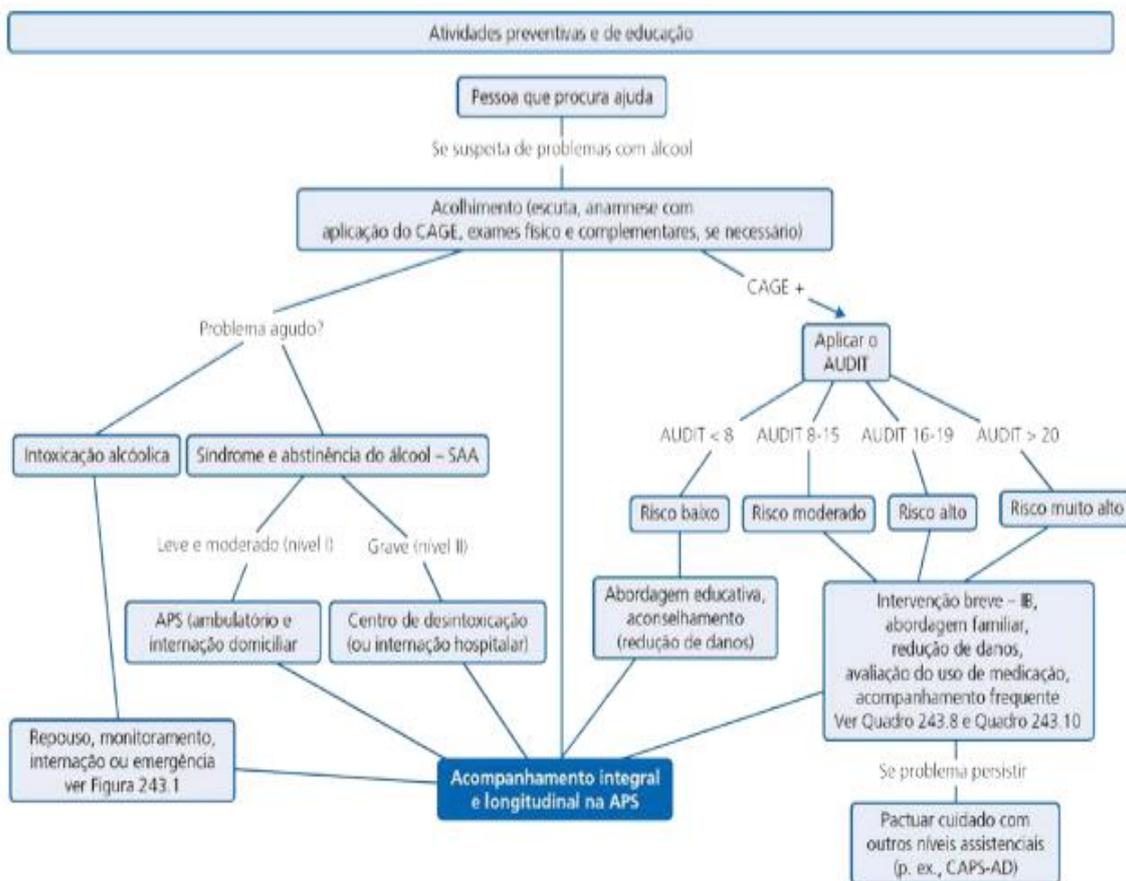
Alucinação alcoólica

- ▶ Haloperidol: 5 mg/dia

Árvore de Decisão

O fluxograma deve ser um organizador do raciocínio clínico, e as decisões devem ser tomadas sempre em colaboração com a pessoa, a família e a equipe, levando em conta a criatividade da relação de cuidado.

FIGURA 1 – Fluxograma para abordagem à pessoa com problema de abuso de álcool





ANSIEDADE

A ansiedade é um sentimento comum e extremamente frequente em todos os seres humanos e útil para a sobrevivência e proteção do indivíduo. É definida como um estado emocional desagradável, que produz desconforto e muitas queixas. Representa um sinal de alarme a determinado estímulo percebido pelo indivíduo como perigoso. É uma sensação desagradável de apreensão. Quando em situação de ansiedade, qualquer indivíduo pode apresentar sintomas de ordem mental (principalmente preocupações) e de ordem somática (palpitações, tremores, sudorese).

Pode ser compreendida como mecanismo evolutivo, isto é, uma ferramenta que nos ajuda a detectar o perigo e adotar as medidas necessárias para lidar com ele. As pupilas da pessoa em estado de ansiedade dilatam para que seu poder de visão geral aumente; porém, como consequência, diminui a capacidade de percepção dos detalhes que a cercam. Essa característica foi selecionada pela evolução já que através desse recurso era possível ao homem identificar, no escuro das cavernas, um predador e as possíveis rotas de fuga. A taquicardia ocorre para que haja maior irrigação sanguínea. Dessa forma, é possível ao cérebro e aos músculos trabalharem mais intensamente, deixando a pessoa alerta e ágil.

A distribuição do sangue fica concentrada nos órgãos necessários para uma possível ação, como grandes músculos, enquanto há pouca circulação nas extremidades como mãos e pés, tornando-os gelados e pálidos. A respiração se torna mais curta e ofegante em consequência do aumento da frequência cardíaca para maior oxigenação na circulação. Como consequência do aumento da respiração, o indivíduo hiperventila. A ansiedade também pode causar hipotensão, tonturas, visão borrada, confusão, fuga da realidade e sensações de frio e calor.

O indivíduo, durante a reação de luta-e-fuga, também tem sua transpiração aumentada e há redução da atividade do sistema digestivo (causando náuseas, sensação de peso no estômago, constipação ou diarreia) e sintomas de tensão, que podem acarretar dores. A ansiedade também envolve a mudança na atenção do indivíduo, deixando-o alerta para qualquer ameaça em potencial no ambiente. Dessa forma, pessoas ansiosas têm dificuldade para se focar em uma única tarefa, qualquer alteração no ambiente tira sua concentração. Indivíduos ansiosos são distraídos, possuem dificuldade de concentração e problemas de memória.

Conceito - transtorno de ansiedade

A ansiedade se torna um transtorno psiquiátrico quando representa emoção desconfortável e inconveniente, surgindo na ausência de um estímulo externo claro ou com magnitude suficiente para justificá-la, e apresenta intensidade, persistência e frequência



desproporcionais. Quando essa ansiedade se torna excessiva, a ponto de prejudicar o funcionamento da pessoa, seja no trabalho, socialmente ou mesmo fisiologicamente. Há um transtorno de ansiedade.

Quando nos preocupamos com algo que pode vir a acontecer, tomamos uma série de medidas para resolver previamente aquela situação. Do mesmo modo que nossos antepassados estocavam comida para não sofrer com a fome nos períodos de estiagem e um macaco evita certos lugares da floresta por saber que lá ficam os predadores que adorariam devorá-lo, hoje elaboramos eventuais respostas às perguntas da entrevista de emprego ou estudamos com afinco antes de uma prova difícil. Ao contrário do medo, que é uma reação a ameaças concretas, a ansiedade está mais para um mecanismo de antecipação dos aborrecimentos futuros. Fisiologicamente:

Ativação sistema simpático: aumento da frequência cardíaca, aumento da força de contração, tremores, sudorese, aumento da frequência respiratória, sensação de dispneia.

Ativação sistema parassimpático: hipersecreção gástrica, aumento motilidade intestinal, urgência miccional, defecação, entre outros.

TRÍADE COGNITIVA DA ANSIEDADE

- Eu: vulnerável
- Ambiente: perigoso
- Futuro: incerto

EPIDEMIOLOGIA

OMS (2017)- documento com estatísticas dos distúrbios psiquiátricos ao redor do globo relata que os transtornos de ansiedade atingem total de 264 milhões de indivíduos, desses, 18 milhões são brasileiros. O Brasil é campeão em números de transtornos de ansiedade sendo que 9,3 % da população afetada. Nas Américas temos o Paraguai com uma taxa de 7,6 %. Na Europa, lideram Noruega 7,4% e Holanda 6,4%.

O Brasil tem a maior taxa de transtorno de ansiedade do mundo. Segundo relatório da OMS pesam os fatores socioeconômicos, desemprego, pobreza, violência, estilo de vida, drogas, álcool, preocupações com a saúde, interações sociais. O número de diagnósticos em mulheres, diz o relatório, é maior por uma conjunção de fatores biológicos e culturais. A gravidez, a menopausa e o próprio ciclo menstrual provocam alterações hormonais que podem levar a manifestação dos sintomas desses transtornos. Elas também têm mais problemas tireoidianos. Já os homens têm uma resistência maior em procurar atendimento médico e também de expressar os sintomas, por isso, há um menor número de diagnósticos. Mulheres sofrem mais com ansiedade: cerca de 7,7 % das mulheres são ansiosas e 5,1% são deprimidas. Homens: o número cai para 3,6% tanto em ansiedade quanto depressão.

Apesar dos achados da OMS assustarem, é um erro considerar que estamos



na era mais ansiosa da história – muitos estudos sugerem justamente o contrário. Em primeiro lugar, a ansiedade só passou a ser encarada com mais coerência a partir dos escritos de Sigmund Freud (1856-1939) e foi aceita nos manuais médicos como um problema de saúde digno de nota a partir da década de 1980. Portanto, é impossível comparar presente e passado sem uma base de dados confiável. O que acontece hoje é uma mudança nos gatilhos: se atualmente nos preocupamos com a iminência de um assalto ou de uma demissão, nossos pais se afligiam pela proximidade de uma guerra nuclear entre Estados Unidos e União Soviética e nossos avós perdiam noites de sono com o avanço nazista sobre França e Polônia durante a Segunda Guerra Mundial.

Existem, porém, alguns fatores que são patrocinadores em potencial de ansiedade independentemente do intervalo histórico. A infância, por exemplo, é fundamental. “Crianças que passaram por abuso ou negligência têm um risco duas a três vezes maior de sofrer com transtornos mentais na adolescência ou na fase adulta”, descreve o psiquiatra Giovanni Abrahão Salum, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A genética e o próprio ambiente familiar já elevam a probabilidade de desenvolver a condição posteriormente.

Anamnese

- Sensação de inquietação pode ser confundida com ansiedade.
- Diferenciar ansiedade de inquietação
- Ansiedade – traduz sentimento de apreensão
- Inquietação – pode significar hiperatividade, agitação, irritabilidade, euforia
- Lembrar: transtornos psiquiátricos podem coexistir
- Etiologia: multifatorial: envolve fatores biológicos e psicossociais.
- Coletar: dados da história médica prévia da pessoa, história familiar de doenças, sobre os hábitos de vida, fazer revisão adequada dos sistemas, questionar uso de estimulantes, medicações ou drogas ilícitas. Abordar questões psicossociais, entendimento da situação atual da pessoa.

Quando pensar?

- Frequentemente o próprio paciente conta os sintomas.
- Queixas de nervosismo ou angústia relacionados a uma situação específica (por ex trauma, estresse) ou não. É necessário detalhar o quadro de queixas e tentar entender a situação.
- Alguns casos, não aparece como queixa declarada. A pessoa vai na consulta pois está preocupada com algum problema que possa estar ocorrendo, em decorrência dos sintomas somáticos que apresenta.
- Outros casos, uma sobrevalorização dos sintomas, que não são motivos de tanta preocupação.
- Ou ainda, a pessoa não apresenta na consulta o transtorno. Principalmente idosos, por medo do médico achar que é louco ou por esses sintomas serem parte do envelhecimento



As classificações são muito importantes, mas o fundamental é que o médico de medicina de família e comunidade esteja apto a identificar uma pessoa que esteja sofrendo com o excesso de ansiedade e que possa ajudar da melhor forma possível. Atentando para o fato de que os transtornos de ansiedade aumentam o risco de outras doenças mentais como depressão, abuso de álcool e também podendo aumenta o risco de suicídio.

Triagem para ansiedade

- 1- Você tem se preocupado demais?
- 2- Você tem se sentido esgotado, tenso?
- 3- Você tem se sentido muito irritado ou com “problemas nos nervos”?
- 4- Você tem tido dificuldade de relaxar?
- 5- Você tem dormido mal ou dificuldade para dormir?
- 6- Você tem sentido dor de cabeça, no pescoço ou mal-estar na cabeça?
- 7- Você tem sentido tontura, suor frio, diarreia, formigamentos, desconforto no estômago, batedeira, (sintomas autonômicos)?
- 8- Você está preocupado com sua saúde
- 9- Estes problemas têm prejudicado sua qualidade de vida e relações com outras pessoas?

Respostas positivas em número de 5 ou mais, com pelo menos 6 meses de evolução indicam forte risco para um diagnóstico de transtorno de ansiedade.

Abordagem de sintomas de ansiedade em 4 passos:

1. Diferenciar ansiedade de inquietação/euforia/irritabilidade
2. Avaliar repercussão da ansiedade na vida da pessoa: causa transtorno?
3. Esclarecer se a ansiedade é o problema principal ou é parte de um transtorno subjacente (depressão, adicção a drogas)
4. Caracterizar o transtorno de ansiedade.

Observação. Além do diagnóstico do transtorno específico, outras avaliações são indispensáveis:

- Avaliação do risco de suicídio
- Investigação de comorbidades psiquiátricas
- Sintomas decorrentes a outra doença ou efeito colateral de medicamento.
- Condições de saúde associados a sintomas de ansiedade
- **CARDIOVASCULARES:** SCA, arritmia, insuficiência cardíaca, anemia, hipertensão
- **NEUROLÓGICAS:** epilepsia, tremor essencial, encefalopatia, demência, enxaqueca
- **ENDOCRINOLÓGICAS:** hipertireoidismo, hipotireoidismo, hiperparatireoidismo, hipoglicemia, feocromocitoma, menopausa, doença



de Addison, Doença de Cushing, cetoacidose diabética, hipercalcemia, hiperprolactinemia, hiperandrogenismo

- *OUTROS*: asma, delírium, deficiência de ácido fólico, gastrite, intoxicação alimentar, RGE, insônia, sd do intestino irritável, tumores, drogas, abstinência de drogas ou fármacos, deficiência B12, infecções sistêmicas, distúrbios hidroeletrólíticos.

OBSERVAÇÃO: O exame físico revela pouco ou nenhuma alteração nas pessoas com transtorno de ansiedade. Os achados do exame físico associados a anamnese, podem fazer com que o médico suspeite de doenças clínicas que mimetizam os transtornos de ansiedade. Os exames complementares são guiados pela suspeita clínica.

Fármacos associados a ansiedade

Bloqueadores dos canais de cálcio, carbamazepina, tiroxinas, cefalosporinas, broncodilatadores, dopaminérgicos (amantadina, levodopa, bromocriptina, metoclopramida), estimulantes (cafeína, anfetamina, aminofilina, teofilina, metilfenidato), antidepressivos, antihistamínicos, anticolinérgicos (oxibutinina, meperidina), digitálicos, simpaticomiméticos (pseudoefedrina, adrenalina, efedrina), retirada de antidepressivos, álcool, sedativos, narcóticos, barbitúricos.

Transtornos de ansiedade mais frequentes na APS

Ansiedade generalizada - Ansiedade generalizada e persistente que não ocorre exclusivamente nem mesmo de modo preferencial numa situação determinada (a ansiedade é "flutuante"). Os sintomas variam, mas compreendem nervosismo persistente, tremores, tensão muscular, transpiração, sensação de vazio na cabeça, palpitações, tonturas e desconforto epigástrico. Medo de que a pessoa ou um de seus próximos irá brevemente ficar doente ou sofrer um acidente são frequentemente expressos.

Transtornos de pânico - Ataques recorrentes de uma ansiedade grave (ataques de pânico), que não ocorrem exclusivamente numa situação ou em circunstâncias determinadas, mas, de fato, são imprevisíveis. Os sintomas essenciais comportam a ocorrência brutal de palpitação e dores torácicas, sensações de asfixia, tonturas e sentimentos de irrealidade (despersonalização ou desrealização). Existe, além disso, frequentemente, um medo secundário de morrer, de perder o autocontrole ou de ficar louco.

Reação aguda ao estresse - Quadro transitório que ocorre em seguida a um estresse físico e/ou psíquico excepcional. De início, há um estado de aturdimento caracterizado por certo estreitamento do campo da consciência e dificuldades de manter a atenção ou de integrar estímulos, e uma desorientação. Esse estado pode ser seguido por um distanciamento do ambiente (podendo tomar a forma de um estupor dissociativo) ou de uma agitação com



hiperatividade (reação de fuga). Frequentemente, há sintomas como taquicardia, transpiração, ondas de calor; manifestam-se habitualmente nos minutos que se seguem à ocorrência do estímulo ou do acontecimento estressante e desaparecem no espaço de horas a dias.

Transtorno de estresse pós-traumático – Constitui uma resposta retardada ou protraída a uma situação ou a um evento estressante de natureza excepcionalmente ameaçadora ou catastrófica e que provocaria sintomas evidentes de perturbação na maioria dos indivíduos. Os sintomas típicos incluem a revivescência repetida do evento traumático sob a forma de lembranças invasivas (flashbacks), de sonhos ou de pesadelos. Ocorrem num contexto durável de embotamento emocional, retraimento social, insensibilidade ao ambiente, anedonia e evitação de atividades ou de situações que possam despertar a lembrança do trauma. Há habitualmente hiperatividade neurovegetativa, com hipervigilância, estado de alerta e insônia, associadas frequentemente a ansiedade, depressão ou ideação suicida.

Transtorno de ajustamento - Estado de sofrimento e de perturbação emocional subjetivos, que geralmente entram o funcionamento e o desempenho sociais. Ocorrem no curso de um período de adaptação a uma mudança existencial importante ou a um acontecimento estressante, como luto ou experiências de separação ou de imigração, por exemplo. Pode ser provocado também por uma etapa da vida ou por uma crise do desenvolvimento (p. ex., escolarização, nascimento de um filho, derrota em atingir um objetivo pessoal importante, aposentadoria). As manifestações, variáveis, compreendem humor depressivo, ansiedade, inquietude (ou uma combinação destes), sentimento de incapacidade de enfrentar ou de fazer projetos ou de continuar na situação atual, assim como certa alteração do funcionamento cotidiano.

Fobia social e agorafobia - Medo de ser exposto à observação atenta de outrem e que leva a evitar situações sociais. Podem se manifestar por rubor, tremor das mãos, náuseas ou desejo urgente de urinar, podendo evoluir para um ataque de pânico. A agorafobia compreende um grupo relativamente bem definido de fobias relativas ao medo de deixar seu domicílio, medo de lojas, de multidões e de locais públicos, ou medo de viajar sozinho em trem, ônibus ou avião. A presença de um transtorno de pânico é frequente no curso dos episódios atuais ou anteriores de agorafobia. As condutas de evitação comumente são proeminentes.

Fobia específica - Fobias limitadas a situações altamente específicas, tais como a proximidade de determinados animais, locais elevados, trovões, escuridão, viagens de avião, espaços fechados, utilização de banheiros públicos, ingestão de determinados alimentos, cuidados odontológicos, ver sangue ou ferimentos. Ainda que a situação desencadeante seja inofensiva, o contato com ela pode desencadear um estado de pânico.

Transtorno obsessivo-compulsivo - Transtorno caracterizado essencialmente por ideias obsessivas ou por comportamentos compulsivos recorrentes. As ideias obsessivas são pensamentos, representações ou impulsos, que se intrometem na consciência do sujeito de



modo repetitivo e estereotipado. Em geral, elas perturbam muito o sujeito, o qual tenta, frequentemente, resistir a elas, mas sem sucesso. O sujeito reconhece, entretanto, que se trata de seus próprios pensamentos, mas estranhos à sua vontade e em geral desprazerosos. Os comportamentos e os rituais compulsivos são atividades estereotipadas repetitivas. O sujeito não tira prazer algum diretamente da realização desses atos, os quais, por outro lado, não levam à realização de tarefas úteis por si mesmas. O sujeito reconhece habitualmente o absurdo e a inutilidade de seu comportamento e faz esforços repetidos para resistir a eles.

Transtornos dissociativos (de conversão) - Caracterizam-se por uma perda parcial ou completa das funções normais de integração das lembranças, da consciência, da identidade e das sensações imediatas e do controle dos movimentos corporais. Tendem a desaparecer após algumas semanas ou meses, em particular quando sua ocorrência se associa a um acontecimento traumático. Sua evolução, porém, pode se fazer para transtornos mais crônicos, em particular paralisias e anestésias. No passado, esses transtornos eram classificados entre diversos tipos de "histeria de conversão". O exame médico e os exames complementares não permitem colocar em evidência um transtorno físico (em particular neurológico) conhecido.

Exame Físico – Revela pouco ou nenhuma alteração em pessoas com Transtorno de Ansiedade. Pessoas com TAG podem eventualmente apresentar: taquicardia, aumento de PA, sudorese, tremores de extremidade, dispneia suspirosa. Síndrome do Pânico apresentam esses sintomas em maior intensidade, mas apenas no período da crise.

Conduta:

- Variável conforme o diagnóstico.
- Tratamentos Farmacológicos e psicoterápicos.
- Apoio Psicológico.

Terapêutica dos Transtornos de ansiedade na APS

Em verde o que temos disponível na rede!

Transtorno	Opções 1º Linha	Alternativas	Medidas não farmacológicas
Ansiedade generalizada	ISRS: - Sertralina 50mg-200 mg - Fluoxetina 20mg-80mg ISRNS: - Venlafaxina, 75-150 mg -Manter fármaco por	ISRS: - Paroxetina, 20-40 mg BZDs: - Apenas por curto tempo, se muito necessário - Alprazolam, 2-4 mg - Diazepam 5mg-10mg - Clonazepam 0,5-2mg	Explorar as preocupações da pessoa. Construir um plano de enfrentamento da situação. Planejar o tratamento em um continuum de complexidade – iniciar com treinamentos de autoajuda ou grupos psicoeducativos, passar à psicoterapia estruturada, se necessário, e entrar com medicação por último.



	1 ano ou mais		
Transtorno de pânico	ISRS: - Paroxetina, 20 mg - Sertralina, 50 mg - Fluoxetina 20mg-80mg ISRNS: - Venlafaxina, 75-150 mg - Manter fármaco por 1 ano ou mais	Tricíclicos: - Imipramina, 150-200 mg - Clomipramina, 100-150 mg BZDs: - Alprazolam, 2-4 mg - Diazepam 5mg-10mg - Clonazepam 0,5-2mg - Apenas por curto tempo	Estabelecer aliança. Prover educação sobre o problema. Eliminar desencadeantes, como drogas ou cafeína. Perguntar sobre ideação suicida, mesmo na ausência de depressão. Avaliar prejuízos e traçar plano de manejo. Traçar objetivos para o tratamento.
Reação aguda ao estresse e transtorno de estresse pós-traumático	Medidas não farmacológicas	Evidências limitadas. A paroxetina e a mirtazapina podem ser usadas em pessoas que refutam psicoterapia. Manter fármaco por 1 ano ou mais. BZDs podem ser usados por curto tempo para manejo da insônia.	Avaliar impacto do trauma na vida da pessoa, bem como sua capacidade de resiliência. Quando sintomas leves e dentro de 4 semanas do trauma, apenas observar. Se sintomas proeminentes ou persistentes, oferecer psicoterapia cognitivo-comportamental direcionada ao trauma.
Transtornos de ajustamento	Medidas não farmacológicas	BZDs: - Lorazepam, 3-6 mg - Diazepam 5mg-10mg - Clonazepam 0,5-2mg - Apenas por curto tempo ISRS: - Fluoxetina 20mg-80mg se sintomas depressivos proeminentes	O apoio psicológico (ver intervenção de crise) é o essencial, e os fármacos são complementares.
Fobia social e agorafobia	ISRS: - Sertralina 50mg-200 mg - Fluoxetina 20mg-80mg - Paroxetina, 20 mg	Tricíclicos: - Amitriptilina 25-300 mg - Clomipramina 25-150 mg - Nortriptilina 25-250 mg BZDs:	A psicoterapia cognitivo-comportamental é provavelmente o melhor tratamento. ¹¹ A fobia social circunscrita a apresentações em público pode responder a propranolol, 60 minutos antes do evento. Já a fobia social generalizada requer uma das opções apresentadas.



	ISRNS: - Venlafaxina, 75-150 mg	- Clonazepam, 2-4 mg	
Fobia específica	Medidas não farmacológicas	BZDs: se necessário, para controle dos sintomas agudos - Diazepam 5mg-10mg - Clonazepam 0,5-2mg - Alprazolam, 2-4 mg - Apenas por curto tempo	Psicoterapia cognitivo-comportamental é provavelmente o melhor tratamento, com exposição gradual ao objeto temido.

Recomendações para intervenção de crise nos transtornos de ansiedade

- Disponibilizar-se para escutar ativamente a pessoa.
- Manter atitude de compreensão e empatia ante a situação vivida.
- Revisar com a pessoa a história do desenvolvimento da crise atual, de modo que ela possa compreender seu curso.
- Identificar crises semelhantes no passado e o modo de resolução delas.
- Comprometer a pessoa em um esforço compartilhado para a resolução do problema atual.
- Apoiar passos práticos e realistas para resolver a crise atual.
- Deixar de lado problemas crônicos e de personalidade, em um primeiro momento.
- Apresentar as possibilidades terapêuticas e implementar o plano construído em conjunto.

Quando Encaminhar?

Quando o médico de família e comunidade tenha dificuldade em um diagnóstico acurado, assim como a necessidade de uma abordagem terapêutica que lhe foge ao domínio.

Ou mesmo em casos refratários: ausência de resposta ou resposta parcial a duas estratégias terapêuticas efetivas (psicoterapia e /ou psicofármacos em dose terapêutica e por pelo menos 8 semanas). Ou paciente com ideação suicida persistente.

Erros Comuns/ O que não fazer:

- Não diagnosticar ansiedade em pessoas que não a referem, mas que visivelmente apresentam condutas compatíveis com o quadro.
- Iniciar tratamento e não propor um seguimento estruturado do transtorno, deixando o problema se "disfarçar" entre outras queixas clínicas nas consultas seguintes.



- Utilizar doses subterapêuticas dos psicofármacos, com receio dos efeitos colaterais, ou aceitando a falsa ideia do consultante de que as medicações psiquiátricas são perigosas.
- Oferecer somente abordagem de apoio e não encaminhar adequadamente a pessoa a uma psicoterapia estruturada, quando indicado.
- Não diagnosticar comorbidades psiquiátricas, como transtornos de humor, abuso de substâncias e transtornos de personalidade.

QUADRO 9 – Abordagem psicoeducativa/psicossocial em APS

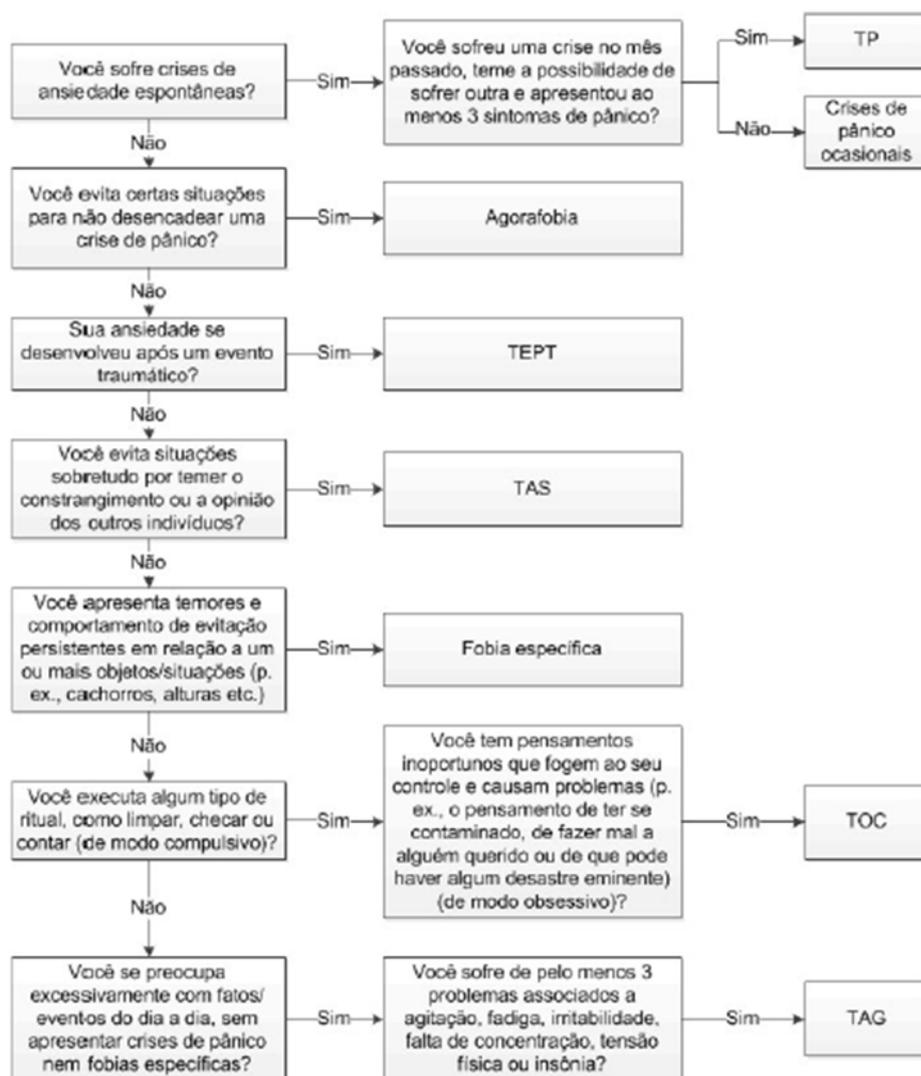
<p>T O D O S</p>	<p>Psicoeducação: Explicar ao paciente o que ele tem e como funciona o tratamento. Deixar claro que a ansiedade depende de uma soma de fatores que incluem vulnerabilidade genética, estressores ambientais e hábitos de vida. Dizer que medo e ansiedade são emoções normais que representam um “sinal de alarme” para o perigo, e que o problema do paciente é esse “sinal de alarme” disparar quando não há perigo. Os tratamentos – medicamento e psicoterapia – ajudam o paciente a consertar esse mecanismo e é importante falar que foram estudados e demonstraram ser eficazes em pacientes semelhantes a ele.</p> <p>Abordar motivações para o tratamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Quais as expectativas do paciente sobre o tratamento?</i> ✓ <i>Qual é o papel dele no processo de melhora?</i> ✓ <i>Liste aspectos negativos relacionados à ansiedade e aspectos positivos de estar livre dos sintomas ansiosos.</i> <p>Investigue barreiras ao tratamento e elabore um plano de como ultrapassá-las. <u>Não seja autoritário:</u> auxilie o paciente a compreender o balanço entre os aspectos negativos da ansiedade e os aspectos positivos de não sofrer mais com os sintomas.</p>
<p><i>Pacientes com <u>pensamentos negativos ou desagradáveis</u> (por exemplo, preocupação excessiva na ansiedade generalizada, pensamentos de morte em um ataque de pânico).</i></p>	<p>Instruir sobre como enfrentar pensamentos negativos ou desagradáveis</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Questione a fundamentação lógica dos pensamentos catastróficos. Pacientes com ansiedade costumam tirar conclusões precipitadas e catastróficas de pequenas coisas. Ajude o paciente a desenvolver processos para refletir sobre a fundamentação lógica dos pensamentos. Por exemplo: pensamentos de morte em ataques de pânico podem ser questionados tendo em vista episódios prévios que foram passageiros e não tiveram repercussões na saúde física. ➤ Não tente afastar pensamentos negativos: o segredo é não dar importância a eles. Mostre ao paciente como não é produtivo tentar afastar pensamentos negativos. É quase impossível tentar “não pensar” em alguma situação, e esse esforço acaba por aumentar a frequência e a intensidade dos pensamentos. Ressalte que o importante é não dar importância aos pensamentos desagradáveis, o que faz com que eles vão desaparecendo com o tempo.



<p>Comportamentos evitativos e medos (por exemplo, situações sociais em pacientes com fobia social, lugares fechados em pacientes com agorafobia).</p>	<p>Instruir sobre como enfrentar situações temidas</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Faça com o paciente uma lista das situações temidas e planeje um plano de enfrentamento que vai da situação menos temida para a mais temida. Todos os dias o paciente deve ter uma tarefa de enfrentamento. Avise-o que pensamentos catastróficos irão surgir e trabalhe com ele para buscar dados de realidade e ver que os pensamentos não têm fundamentação lógica (ver <i>abaixo</i>).
<p>Para pacientes com muitos sintomas físicos ou crises de ansiedade (por exemplo ansiedade em público na fobia social, ansiedade durante um ataque de pânico).</p>	<p>Instruir sobre como lidar com sintomas físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Ensine a respiração diafragmática e o controle da respiração. Oriente o paciente a colocar uma mão na barriga e outra no peito, e instrua-o para que apenas a mão sobre a barriga se mexa enquanto ele respira lentamente pelo nariz. É importante que o paciente saiba que não eliminará por completo a ansiedade, já que é uma emoção normal. Pacientes com transtornos de ansiedade às vezes interpretam estímulos fisiológicos (como os batimentos cardíacos) como ameaçadores, mesmo na ausência de um problema físico. O fundamental é que ele seja capaz de perceber que “o alarme disparou, mas não há nenhum incêndio” e, assim, se tranquilizar.
<p>Para pacientes com compulsões (por exemplo, checagem no TOC)</p>	<p>Instruir sobre como lidar com as compulsões/rituais</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Faça um esquema para prevenir rituais. Pacientes com TOC se sentem compelidos a realizar determinados rituais em resposta a pensamentos negativos. A tarefa é simples: informar o paciente a não fazer esses rituais e impedir que eles ocorram. Oriente o paciente a interromper rituais ou ruminacões com a palavra “Pare” e a procurar distrair-se com algo que prenda mais a atenção. No TOC, a aflição costuma desaparecer entre 15 minutos e 3 horas. A cada exercício, a intensidade e a duração do desconforto são menores.
<p>Para pacientes que vão iniciar tratamento com psicofármacos (por exemplo, antidepressivos ou benzodiazepínicos)</p>	<p>Informar sobre os psicofármacos</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Oriente sobre tempo de início de ação dos medicamentos. Informe sobre possíveis efeitos adversos (como piora da ansiedade no início do tratamento), lembrando que são manejáveis e muitas vezes passageiros. Avise que os fármacos não podem ser descontinuados de forma abrupta pelo risco de abstinência. Explique que o tratamento será iniciado com doses baixas e que o aumento será gradual até a resposta desejada. Informe que o tratamento deve durar pelo menos um ano após a remissão dos sintomas para minimizar o risco de recaída. Esclareça que antidepressivos não causam dependência e que se deve ter cuidado com os benzodiazepínicos pelo risco de dependência. ➤ Reforce que os medicamentos funcionam e são capazes de minimizar o sofrimento. Boa parte dos pacientes não acredita na eficácia dos psicofármacos ou acha que eles não vão ajudar. Assim, é importante ressaltar que os medicamentos já foram testados em pessoas com quadros muito semelhantes. Enfatize os benefícios do tratamento.
<p>Para pacientes que vão iniciar psicoterapia (TCC, psicodinâmica)</p>	<p>Informar sobre as psicoterapias</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Explique como funciona a terapia indicada. Na terapia cognitivo-comportamental (TCC), informe sobre a necessidade de comprometimento com as tarefas.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2017), adaptado e modificado de Salum G. A.; Manfro, G. G.; Cordioli, A. V. Transtornos de ansiedade. In: Duncan, BB et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 1087.

QUADRO 10 – Algoritmo: diagnósticos dos transtornos ansiosos



Fonte: IACOVIELLO Brian; MATHEW, Sanjay J. Transtornos de ansiedade. *Medicina Net*. Disponível em: <<http://www.medicinanet.com.br/conteudos/acp->

Fisiopatologia dos transtornos mentais

Experiência negativa, transtornos mentais e neuroplasticidade. Tanto o estresse prolongado como possivelmente as experiências de depressão e ansiedade grave e duradouras exercem importantes efeitos negativos sobre a plasticidade neural. A liberação de adrenalina e de glicocorticoides endógenos (como o cortisol), pós o stress pode causar dano neural, principalmente no córtex pré-frontal e no hipocampo (regiões com muitos receptores para glicocorticoides e intimamente relacionada ao aprendizado e memória). Episódios repetidos, graves e longos de depressão foram associados a redução do volume do hipocampo e do córtex. Postula-se uma neuroplasticidade mal adaptativa relacionada a origem ou ao agravamento de condições como esquizofrenia, depressão, autismo, transtorno do estresse pós-traumático e deficiência intelectual.

A partir de observações clínicas e pesquisas experimentais, acredita-se também



que a separação precoce da mãe, maus tratos, negligência (fatores considerados estresse tóxico para cérebro) durante os primeiros anos de vida, possam, por meio da neuroplasticidade mal adaptativa, gerar padrões neurais disfuncionais, relacionados a maior vulnerabilidade aos transtornos mentais ao longo da infância e vida adulta. O encurtamento dos telômeros dos cromossomos decorrente de estresse tóxico, sinal de envelhecimento genético e celular, tem sido demonstrado em muitas condições psicológica. Em contrapartida, por exemplo exercício físico ocasiona a liberação de substâncias que estimulam a funcionalidade dos neurônios.

Cabe mencionar o trabalho do neurocientista Hongjun Song e colaboradores (2002) demonstrou que o nascimento de novos neurônios ocorre no hipocampo até o fim da vida, o que é importante para manutenção da memória, do aprendizado e da inteligência, inclusive na velhice.

No cérebro humano mecanismos epigenéticos de grande relevância tem sido descoberto. São mecanismos mediados por enzimas que atuam em determinada substância “apagadoras” e “escritoras” no sentido de ativar e silenciar genes que se expressão no cérebro humano. Esses mecanismos bioquímicos são fortemente influenciados por experiências pessoais, por estímulos ambientais positivos ou negativos. O estudo dos mecanismos epigenéticos cerebrais relacionados a processos psicológicos e psicopatológico está apenas iniciando, mas é possível que traga conhecimentos valiosos sobre a interação gene-ambiente, natureza-cultura.

Tratamento não medicamentoso

1. **Exercícios físicos/Atividade física:** O exercício físico pode ser usado no sentido de retardar e, até mesmo, atenuar o processo de declínio das funções orgânicas que são observadas com o envelhecimento, pois promove melhoras na capacidade respiratória, na reserva cardíaca, no tempo de reação, na força muscular, na memória recente, na cognição e nas habilidades sociais. Na literatura há estudos que demonstram alterações fisiológicas e bioquímicas envolvidas com a liberação de neurotransmissores, noradrenalina e serotonina, auxiliando a redução dos escores indicativos de depressão e ansiedade, por meio da prática de atividade física. Corroborando com esta hipótese, estudiosos que acreditam numa possibilidade da existência de uma relação entre a redução da massa corporal e do percentual de gordura com a redução das concentrações plasmáticas de 5-HT (serotonina). Estas alterações podem estar relacionadas com as alterações bioquímicas, nas quais um aumento nas concentrações plasmáticas de ácidos graxos livres é observado após exercícios prolongados, em decorrência da lipólise. Uma vez que os AGLs (ácidos graxos livres) deslocam a albumina do Trp (triptofano), aumentando, conseqüentemente, as concentrações de Tr-I (triptofano livre) porção responsável pela síntese de 5-HT(serotonina). Aliado a estas alterações, os principais concorrentes do Tr-I, para ultrapassar a barreira



hematoencefálica, os aminoácidos de cadeia ramificada (AACR) sofrem uma redução em suas concentrações no plasma, em consequência do aumento de sua capacitação e oxidação pelos músculos exercitados. Esta redução plasmática de AACR induz a um aumento da proporção de Trp-I/AACR, e a probabilidade de locomoção dos Trp-I para os níveis centrais torna-se maior, elevando, por conseguinte, as concentrações de 5-HT.

2. **Terapia cognitivo comportamental e Regulação emocional:** Nos últimos anos verificou-se a crescente atenção dada ao papel do processamento e da regulação emocional em uma variedade de transtornos. O processamento emocional por meio do “esquema do medo” durante a exposição foi empregue no tratamento de fobias específicas e em cada um dos transtornos de ansiedade. A ativação do medo no tratamento possibilita a ocorrência de um novo aprendizado e novas associações durante a exposição. Entretanto, o uso isolado de medicamentos tranquilizantes pode comprometer o tratamento com a exposição e impedir que novas associações ocorram.

Se considerarmos a exposição como forma de habituação ao estímulo e às sensações de medo, se prevê uma queda da intensidade emocional e consequentemente sentimentos intensos são tolerados à medida que sua intensidade diminui. Com tudo isso a regulação emocional deve ser trabalhada, já que a ruminação de pensamentos negativos é um estilo cognitivo de alto risco para depressão. Indivíduos que utilizam a supressão da emoção correm maior risco de desenvolver problemas psicológicos. Em contrapartida a expressão das emoções foi relacionada a melhora do estresse psicológico, ajudando a processar melhor a experiência vivenciada e a emoção, por meio de reflexão.

3. **Resiliência e Espiritualidade:** Segundo Feder, a resiliência é uma habilidade pessoal de se adaptar com sucesso ao estresse agudo ou crônico. Autores afirmam que sujeitos resilientes apresentam maior controle de humor, comportamento, cognição e maiores características de como solucionar, resolver problemas e enfrentar seus medos. Além disso, rotinas saudáveis, com alimentação controlada, níveis de estresse moderados e hábito de exercícios físicos são fatores importantes para a manutenção da saúde mental e a construção de um perfil resiliente.

Os temas espiritualidade e resiliência ocupam, na atualidade, posições de destaque entre os tópicos de interesse das ciências físicas e sociais, principalmente na área da saúde. Nas ciências humanas, resiliência refere-se ao processo através do qual o ser humano é capaz não apenas de superar e se recuperar dos efeitos danosos das adversidades, mas também de se transformar e ser fortalecido por essas experiências. Já o termo espiritualidade tem sido tomado pela maioria dos teóricos do assunto para designar a experiência humana que traz sentido e significado para a existência, a busca do divino, do sagrado, que implica o



entendimento ou o sentido de conexão com um propósito supremo, não material, ou seja, o reconhecimento do poder de algo Absoluto, além-ego, que nos remete a uma sensação de plenitude e comunhão com o universo e não somente a adoção de um sistema específico de crença ou prática religiosa.

Vanistendael e Lecomte (2008), argumentam que o vínculo e o sentido de existência, que é o sentimento de estar ligado ou conectado a um universo mais amplo, são fundamentos básicos para a resiliência. Afirmam que, sem dúvida, uma religião ou uma filosofia de vida contribuem para dar sentido à experiência. “Com frequência uma pessoa resiliente descobre por meio da fé a possibilidade de ser aceita incondicionalmente”. A religião, obviamente livre de seus fundamentalismos, exerce coesão entre os adeptos, que “adquirem força na ideia religiosa, na ambição em realizá-la e no sentimento de integração do grupo”, e que são estes os elementos que facilitam o poder resiliente de um comportamento. Conclui que a resiliência não está nos genes, mas nas ideias e ambições humanas caracterizadas pelos laços sociais

Jó é um dos livros bíblicos, que relata a estória de um “homem íntegro e reto, temente a Deus e que se desvia do mal” (Jó 1:1), e mesmo em meio a grande sofrimento, mantém-se reverente ao seu Deus. Javé, instigado por Satanás, que acredita que Jó só era fiel a Deus pela boa vida que levava, autoriza-o a desgraçar-lhe a vida. E assim roubam-lhe os bois, os camelos, seus escravos são mortos, queimam-lhe seus rebanhos e pastores e seus dez filhos são mortos vítimas de um furacão. Jó não profere uma só palavra contra Deus, ao contrário, em toda sua trajetória de sofrimento e enfrentamento ora e o exalta. Como não bastasse tamanha adversidade, Satanás recebe permissão de Deus para continuar testando Jô; a única restrição imposta era para que lhe poupasse a vida. Jó tem, então, seu corpo inteiro ardendo em lepra maligna, e embora amaldiçoe o dia em que nasceu, mesmo assim não blasfema. “Nunca os meus lábios falarão de injustiça, nem a minha língua proferirá engano” (Jó, 27:4). Seus amigos vêm visitá-lo e, na oportunidade, criticam-lhe, apontando para o fato de que só os ímpios são castigados. Jó concorda com seus amigos que Javé é justo, embora sinta seu castigo maior do que seus pecados. Deus, então, muda a sorte de Jó, conferindo-lhe o dobro de tudo que lhe foi tirado, 10 filhos e 140 anos de vida farta. A esperança, a fé, e a postura permanente de reverência religiosa, permitem que Jó enfrente todas as adversidades. Não apenas as supera, como prospera com elas; sai do processo com ganhos e amplitude de consciência, mantém-se íntegro e moralmente inabalável, como requer o processo resiliente. O relato possibilita a compreensão do aspecto transcendente da resiliência, deixando evidente o fenômeno da espiritualidade, expresso através do amor como elemento fundamental na sua promoção.

A fé, a convicção de pertencer ao universo, de fazer parte de um propósito supremo, traz responsabilidades, sentido e significado para a existência e são capazes de dotar o indivíduo de dispositivos fundamentais no trato das adversidades. Considerado um processo



evolutivo, a resiliência, implica desenvolvimento de potencial humano, devendo, portanto, ser abordado dentro de uma perspectiva biológica, psicológica, social, espiritual e ecológica.

Dieta

A intervenção dietoterápica causa alterações químicas na fisiologia cerebral e, conseqüentemente modificações no comportamento. Sendo assim a alimentação tem meios de controlar e regular o humor através de uma dieta pensada para o caso e que atenda às necessidades do paciente, evitando que o mesmo entre em risco nutricional e colaborando para que haja um controle da neuroquímica e dos padrões hormonais do organismo que acarretarão sensação de satisfação e bem-estar. Raramente a nutrição é citada como opção para tratamento de desordens mentais, entretanto, recentemente, algumas substâncias têm-se destacado pela sua ação precursora de neurotransmissores: lecitina, colina, triptofano e cafeína, são ótimos exemplos. Neurotransmissores são produzidos pelo organismo humano naturalmente, porém essa produção pode ser afetada por fatores externos bem como má alimentação, stress, relacionamento social, e estilos de vida considerados não saudáveis. Atualmente já é de conhecimento dos profissionais da saúde que a alimentação exerce papel fundamental na qualidade de vida e sabe-se também que atua no metabolismo de neurotransmissores, dessa forma é importante ressaltar que os neurotransmissores responsáveis pelas sensações de felicidade e bem-estar são a serotonina, dopamina e noradrenalina. Também foi constatado que a deficiência de alguns nutrientes na alimentação diária pode prejudicar na produção de neurotransmissores, visto ainda que vários nutrientes são precursores deles e como consequência de longo prazo, essa deficiência nutricional pode levar ao baixo rendimento cerebral e alterações do sono.

A **vitamina B12** exerce a função de formar hemácias e auxiliar no adequado desenvolvimento do sistema nervoso, tem função demetilar moléculas precursoras de neurotransmissores como a serotonina, dopamina e noradrenalina, assim como o ácido fólico que também já foi associado à esquizofrenia e, assim como a vitamina B12 a deficiência de ácido fólico está associado a pior resposta do tratamento. Paciente estava sob o uso de 100 mg/dia de amitripilina e 40 mg/dia de fluoxetina, após um ano de tratamento sem melhoras, o psiquiatra solicitou exames bioquímicos, os mesmos estavam dentro da normalidade, exceto os níveis de cobalamina (vitamina B12), a paciente apresentou dosagem sérica de 41 pg/mL de vitamina B12 e, quando os valores de referência para tal eram de 200 a 900 pg/mL. Constatada a deficiência, foi prescrita a reposição intramuscular de B12, consistindo em 4 aplicações de 5000 UI e, após 3 semanas da primeira aplicação, a paciente foi avaliada com total remissão dos sintomas depressivos. A melhora observada na paciente relatada no caso pode ser explicada por conta das propriedades de metilação da vitamina B12.

O **magnésio** é um mineral que é importante no metabolismo energético, pois



participa da formação de Adenosina Trifosfato (ATP), além de participar da regulação iônica cerebral, entre outras muitas funções que dependem do magnésio para serem desempenhadas e/ou produzidas, está a geração de energia realizada pelos neurônios para manter o funcionamento adequado das bombas iônicas, e quando a energia gerada não é suficiente, acontece um desequilíbrio na liberação de cálcio e glutamato, o que explica desde danos neuronais e sintomas depressivos.

A **vitamina D** é obtida por exposição da pele ao sol, e pode ser encontrada em peixes como salmão, atum e sardinha, gema de ovo e em suplementos vitamínicos. Após ser metabolizada no fígado é convertida em calcitriol e associada ao cálcio contribui para a saúde óssea. Entretanto, estudos recentes encontraram células cerebrais com receptores para vitamina D, possivelmente explicadas pelo envolvimento do calcitriol na produção de neurotransmissores, levando em consideração que o calcitriol estimule a enzima tirosina hidroxilase, que é essencial na produção de noradrenalina e conseqüentemente aumentando sua biodisponibilidade.

O **triptofano** é um aminoácido essencial, ou seja, é produzido pelo organismo através da hidrólise de proteínas, e é o único precursor de serotonina no cérebro, sua concentração depende da ingestão e da produção endógena, alguns alimentos fonte de triptofano são: arroz integral, manga, banana, abóbora, carnes e feijão, para que o triptofano seja transformado em serotonina é necessário um processo composto por 2 etapas: a conversão do L - triptofano em 5-hidroxitriptofano através da ação da enzima triptofano hidroxilase que depois é descarboxilada por outra enzima e convertido em 5-hidroxitriptofano, dando origem a serotonina. Sabendo como acontece o processo, é possível perceber que a produção da serotonina depende diretamente da biodisponibilidade de triptofano, que pode ser balanceada através de uma alimentação equilibrada na ingestão de triptofano.

A fome compulsiva causada por situações de tédio, raiva, ansiedade e tristeza, causam alteração da relação de consumo calórico e demanda energética, que levam a diversas disfunções metabólicas e funcionais, dessa forma, associando a obesidade com doenças, como, Diabetes, doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer.

Com tudo isso, fica evidente a importância de um profissional nutricionista no tratamento dos pacientes com transtorno psicológico, para que eles possam se alimentar de forma adequada, atingindo as recomendações diárias de todos os nutrientes e eliminando as chances de que a deficiência nutricional afete negativamente o tratamento.

Práticas integrativas

O Governo Federal, garante a atenção integral à saúde através das práticas integrativas e complementares, implicou pensar - em conjunto com gestores de saúde, entidades de classe, conselhos, academia e usuários do SUS - uma política pública permanente



que considerasse não só os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, mas a abordagem ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano.

Os tratamentos utilizam recursos terapêuticos, baseados em conhecimentos tradicionais, voltados para prevenir diversas doenças, como depressão e hipertensão. Evidências científicas têm mostrado os benefícios do tratamento integrado entre medicina convencional e práticas integrativas e complementares.

Apiterapia – método que utiliza produtos produzidos pelas abelhas nas colmeias como a apitoxina, geléia real, pólen, própolis, mel e outros.

Aromaterapia – uso de concentrados voláteis extraídos de vegetais, os óleos essenciais promovem bem-estar e saúde.

Bioenergética – visão diagnóstica aliada à compreensão do sofrimento/adoecimento, adota a psicoterapia corporal e exercícios terapêuticos. Ajuda a liberar as tensões do corpo e facilita a expressão de sentimentos.

Constelação familiar – técnica de representação espacial das relações familiares que permite identificar bloqueios emocionais de gerações ou membros da família.

Cromoterapia – utiliza as cores nos tratamentos das doenças com o objetivo de harmonizar o corpo.

Geoterapia – uso da argila com água que pode ser aplicada no corpo. Usado em ferimentos, cicatrização, lesões, doenças osteomusculares.

Hipnoterapia – conjunto de técnicas que pelo relaxamento, concentração induz a pessoa a alcançar um estado de consciência aumentado que permite alterar comportamentos indesejados.

Imposição de mãos – imposição das mãos próximo ao corpo da pessoa para transferência de energia para o paciente. Promove bem-estar, diminui estresse e ansiedade.

Ozonioterapia – mistura dos gases oxigênio e ozônio por diversas vias de administração com finalidade terapêutica e promove melhoria de diversas doenças. Usado na odontologia, neurologia e oncologia.

Terapia de Florais – uso de essências florais que modifica certos estados vibratórios. Auxilia no equilíbrio e harmonização do indivíduo

Terapia Comunitária Integrativa -- prática terapêutica coletiva que atua em espaço aberto e envolve os membros da comunidade numa atividade de construção de redes sociais solidárias para promoção da vida e mobilização dos recursos e competências dos indivíduos, famílias e comunidades.

Termalismo Social -- consiste no uso da água com propriedades físicas, térmicas, radioativas e outras – e eventualmente submetida a ações hidromecânicas – como agente em tratamentos de saúde.



Fitoterapia -- é um tratamento terapêutico caracterizado pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. As principais contribuintes no tratamento da ansiedade são:

1. Alecrim: O alecrim tem um efeito calmante no sistema nervoso. É ótimo para aliviar sintomas da ansiedade.
2. Kava-kava: É um suplemento que tem diversas propriedades que incluem o efeito sedativo. É possível fazer um chá de kava-kava para aliviar a ansiedade. Pesquisadores acreditam que ela funciona ativando receptores no cérebro que acalmam a atividade neurológica e reduzindo a ansiedade.
3. Camomila: Tem um efeito relaxante e levemente sedativo que ajuda a aliviar sintomas de ansiedade e nervosismo. É possível tomar na forma de chá ou simplesmente inalar o cheiro da erva.
4. Hipérico (Erva de São João): Alivia sintomas de depressão.
5. Passiflora Incarnata: Usada para irritabilidade, agitação, nervoso, insônia e desordem de ansiedade.
6. Capim-Limão (Capim-cidreira): Possui ação carminativa, analgésica e antitérmico.
7. Valeriana (Erva de Gato): Tem ação antiespasmódica, sedativa e é um excelente indutor de sono.

CIAP

O prestador de cuidados primários deverá identificar e clarificar o motivo da consulta (MC) tal como foi expresso pelo paciente, sem fazer quaisquer juízos de valor relativos à veracidade e à exatidão dele.

Três princípios orientam esse uso da classificação:

1. O motivo da consulta deverá ficar claro entre o paciente e o profissional e deverá ser reconhecido pelo paciente como uma descrição aceitável.
2. A rubrica da CIAP escolhida deverá ser tão próxima quanto possível das palavras originais utilizadas pelo paciente para apresentar o motivo, e deverá ser mantida ou alterada o menos possível pelo profissional. No entanto, será necessário esclarecer os motivos da consulta apresentados pelo paciente dentro do quadro da CIAP de forma que seja aplicada a rubrica mais apropriada na classificação.
3. A lista de critérios das rubricas para registro de problemas de saúde/diagnósticos NÃO deverá ser usada, haja vista que o motivo da consulta deve ser registrado a partir do ponto de vista do paciente, e totalmente baseado na descrição do motivo feita por ele.

P01 SENSAÇÃO DE ANSIEDADE/NERVOSISMO/TENSÃO R45.0

incl: ansiedade NE, sentir-se ameaçado



excl: perturbação de ansiedade P74

Crítérios: sentimentos relatados pelo paciente como uma experiência emocional ou psicológica não atribuída a uma perturbação mental. Verifica-se uma transição gradual de sentimentos indesejáveis – porém, mais ou menos normais – em relação a sentimentos tão perturbadores para o paciente, que o levam a procurar ajuda de um profissional.

P02 REAÇÃO AGUDA AO ESTRESSE F43.0, F43.2, F43.8, F43.9, F50.4

incl: choque de adaptação, choque cultural, estresse, pesar, saudade, estresse pós-traumático imediato, choque (psíquico)

excl: depressão P03, perturbação depressiva P76, perturbação depressiva pós-traumática P82
crítérios: reação a um acontecimento que provoca estresse ou a uma mudança significativa de vida que exige uma adaptação considerável, quer como uma reação esperada ao acontecimento ou como uma reação de má adaptação que interfere com a vida quotidiana e resulta num mau funcionamento social, com recuperação dentro de um período de tempo limitado.

PSICOSE

A psicose é uma síndrome caracterizada pela presença de delírios e alucinações, desintegração dos processos do pensamento e perda dos limites do ego, ou seja, ocorre entre o indivíduo e o mundo externo. A alucinação é definida como erro de percepção, e o delírio como falsa crença da realidade. Ambos apresentam o critério de comprometimento na sociabilidade, determinada pelo prejuízo da realidade. Ela pode fazer parte de um transtorno psicótico agudo, de início abrupto, ter um curso breve de poucas semanas ou dias, ou seja, um caráter transitório, assim como pode também ser mais duradoura, de caráter crônico e fixo, ou latente com períodos de crise, agudização.

Existe diferença entre o sintoma psicótico e o transtorno psicótico. O primeiro se refere a uma manifestação de disfunção cognitiva ou de percepção, principalmente delírios e alucinações, enquanto transtornos psicóticos se referem a uma condição na qual os sintomas psicóticos preenchem os critérios diagnósticos específicos para uma doença. Os transtornos são diferenciados uns dos outros por sua duração, pelo perfil do sintoma, pela relação entre os sintomas psicóticos e os episódios de humor alterado ou como sintomas de outras doenças que afetam o cérebro da pessoa.

Diagnósticos possíveis

É importante ressaltar que o diagnóstico da psicose é eminentemente clínico,



baseado na história clínica e no comportamento apresentado, uma vez que ainda não foram detectados marcadores específicos ou achados de imagem que possam ser considerados próprios e característicos desse quadro. Contudo, alguns exames e procedimentos são necessários para excluir possíveis causas orgânicas, sendo eles: anamnese, exame físico incluindo exame neurológico, exame do estado mental, exames laboratoriais, além de EEG e ECG e tomografia de crânio em caso de trauma recente.

Os sintomas psicóticos podem estar presentes em transtornos psiquiátricos – psicose idiopática-, nas intoxicações por substâncias – psicose tóxica - devido ao uso abusivo de substâncias, efeitos colaterais de medicações prescritas, outras intoxicações; e em doenças clínicas e neurológicas- psicoses devido a condições médicas diversas. Os possíveis diagnósticos ou classificação como um problema que englobam a psicose como sintoma, assim como os transtornos psicóticos, são descritos em diferentes códigos de classificação:

CIAP

P70 DEMÊNCIA inclui: doença de Alzheimer, demência senil critérios: síndrome decorrente de uma doença do cérebro, geralmente de natureza crônica e/ou progressiva, com perturbações clinicamente significativas das funções do córtex superior (memória, pensamento, orientação, compreensão), mas sem afetar a consciência. considerar: senilidade P05, outros sintomas psicológicos P29.

P71 OUTRAS PSICOSES ORGÂNICAS NE inclui: delirium; exclui: origem alcoólica P15, psicose não-especificada P98 critérios: distúrbios psiquiátricos orgânicos como diagnóstico exigem síndromes psicológicas ou comportamentos devidos a uma doença orgânica.

P72 ESQUIZOFRENIA inclui: todos os tipos de esquizofrenia, paranoia critérios: distorções fundamentais e características do pensamento, percepção e afetos que são inadequados ou enevoados (por exemplo, pensamento-eco, inserção, retirada, percepções delirantes, vozes alucinatórias, delírios de controle), mas com perfeita consciência e sem alteração da capacidade intelectual considerar: psicose não-especificada P98.

P73 PSICOSE AFETIVA F30,F31,F34.0 inclui: distúrbio bipolar, hipomania, mania, depressão maníaca; exclui: depressão P76 critérios: distúrbio fundamental dos afetos e do humor, alternadamente excitado e deprimido (associado ou não a ansiedade). Na perturbação maníaca, a energia e a atividade estão simultaneamente estimuladas. Na doença bipolar, observam-se pelo menos dois períodos de perturbação do humor variando do excitado ao deprimido considerar: psicose não-especificada P98.

P98 OUTRAS PSICOSES NE F23,F53.1 inclui: psicose reativa, psicose puerperal

CID 11 e o DSM 5

Os subtipos de síndromes e transtornos psicóticos mais comuns na prática



clínica, de acordo com a são:

F00-F09 Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos que inclui demência no Alzheimer, demência vascular, delirium, Outros transtornos mentais devidos a lesão e disfunção cerebral e a doença física, Transtornos de personalidade e do comportamento devidos a doença, a lesão e a disfunção cerebral e Transtorno mental orgânico ou sintomático não especificado.

F20-F29 Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes - Este agrupamento reúne a esquizofrenia, a categoria mais importante deste grupo de transtornos, o transtorno esquizotípico e os transtornos delirantes persistentes e um grupo maior de transtornos psicóticos agudos e transitórios.

F30-F39 Transtornos do humor/afetivos: episódio maníaco, transtorno afetivo bipolar, transtornos de humor [afetivos] persistentes.

Condições médicas gerais que podem cursar com psicose:

a) Doenças endócrinas: hiper e hipotireoidismo, hiperparatireoidismo, Doença de Cushing, insulinoma, feocromocitoma, porfiria aguda intermitente

b) Alterações metabólicas: uremia, desbalanço pós hemodiálise, hiponatremia

c) Pós-operatório de grandes cirurgias ortopédicas e cirurgias cardíacas

d) Deficiências de vitaminas, como de B12, folato, niacina, tiamina

e) Hipóxia cerebral

f) Doenças infecciosas: influenza, HIV, neurosífilis, malária, toxoplasmose, neurocisticercose

g) Doenças neurológicas: acidentes vasculares encefálicos, traumatismos cerebrais, epilepsias, tumores cerebrais, doenças desmielinizantes

h) Doenças autoimunes, como o LES

i) Algumas doenças genéticas

j) Síndromes paraneoplásicas

k) Medicamentos: os mais citados são cimetidina, levodopa, dissulfiram, benzodiazepínicos, anti-inflamatórios não hormonais, tiroxina, corticoides, anfetaminas, Opioides, Bupropiona, Buspirona, ácido fólico, antidepressivos tricíclicos, betabloqueadores, digitais, isoniazida, anticonvulsivantes, metildopa, antineoplásicos, abuso de drogas e de medicamentos

l) Delirium

m) Intoxicação exógena.

“O diagnóstico de esquizofrenia é estabelecido quando há delírios, alucinações e outros sintomas típicos por no mínimo um mês. Entretanto, quando esses mesmos sintomas não satisfazem a duração mínima de tempo, deve ser feito diagnóstico em primeira instância na



categoria de transtornos psicóticos agudos e transitórios ou, mais especificamente, diagnóstico do transtorno psicótico esquizofreniforme agudo. Por fim, se os sintomas persistirem por tempo mais longo, recomenda-se a reclassificação para o diagnóstico de esquizofrenia.”

Tratamento

O tratamento adequado do paciente geralmente necessita da integração e colaboração entre a equipe de atenção primária e os profissionais de saúde mental, sempre de forma individualizada.

Esquizofrenia: Patologia de difícil tratamento.

Objetivo Inicial: Controle dos Sintomas Psicóticos. Quanto maior o tempo sintomático, maior o prejuízo dos sintomas psicóticos.

Desafio: Evitar a cronificação da doença, a fim de evitar perdas cognitivas.

Locais para tratamento: Regime Ambulatorial, Hospital-dia, Internação Hospitalar.

Fase aguda – Evento Psicótico Agudo(dura algumas semanas a pouco meses): tratamento imediato; ambiente protegido e acolhedor. Pode haver necessidade de internação hospitalar, se houver risco de auto ou heteroagressão, ou risco de exposição moral.

Ao iniciar ANTIPSICÓTICO: aumentar a dose gradualmente até a dose alvo, a fim de diminuir os riscos de efeitos adversos. AP típicos (primeira geração) e AP atípico (segunda geração), estes últimos com menor propensão a causar sintomas extrapiramidais, porém ambos são similares quanto à eficácia (capacidade de controlar os sintomas), mas os atípicos parecem ser mais efetivos no contexto clínico. Efeitos AP já podem ser observados em poucos dias, 3 e 5 dias. Preconiza-se 4-6 semanas para decidir sobre a resposta ao tratamento. Sintomas positivos respondem mais ao tratamento com AP que os negativos.

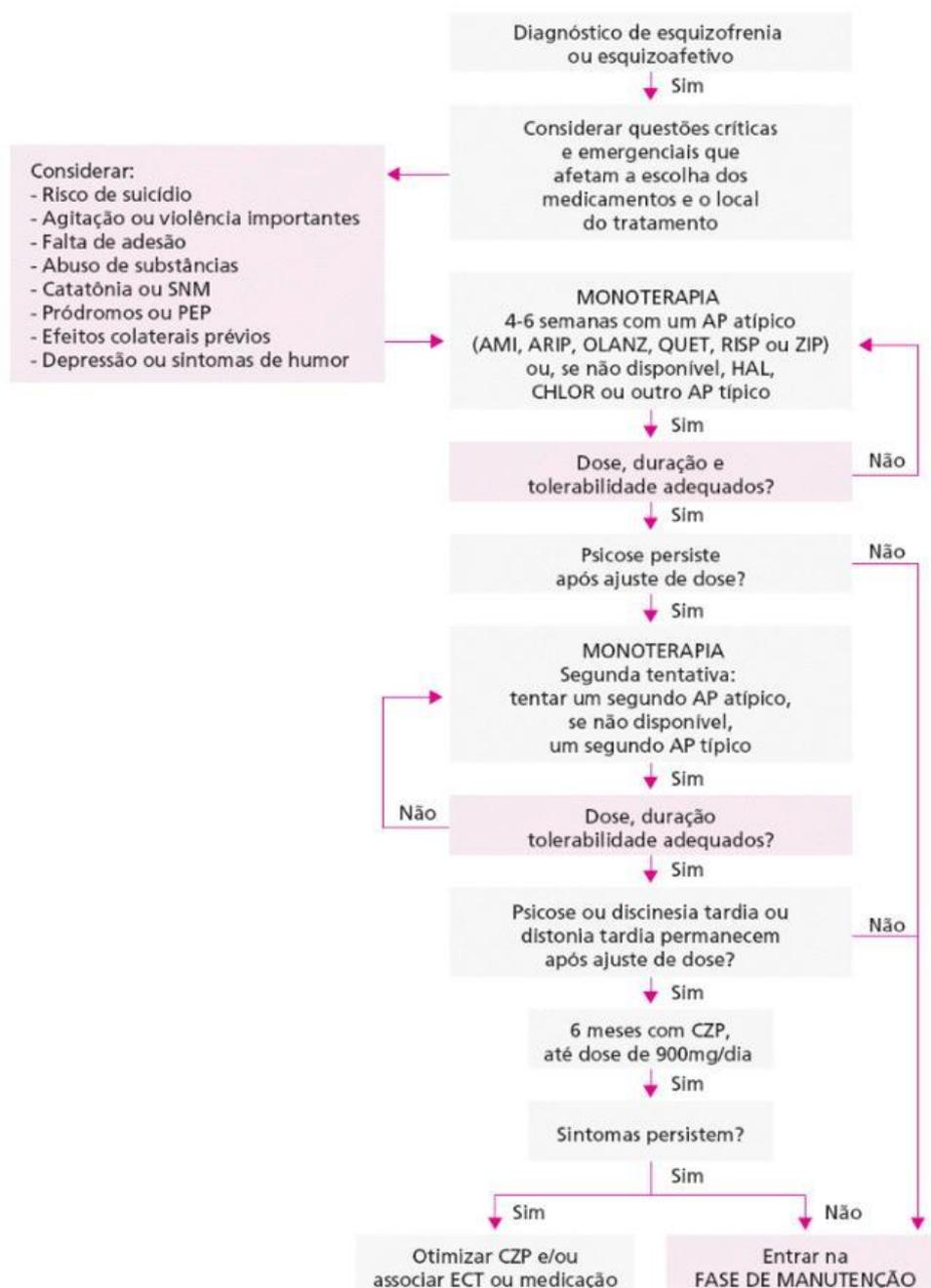


Figura 7.1 Algoritmo de tratamento da esquizofrenia. SNM: síndrome neuroléptica maligna; PEP: primeiro episódio psicótico; AP: antipsicótico; AMI: amissulprida; ARIP: aripiprozol; OLANZ: olanzapina; QUET: quetiapina; RISP: risperidona; ZIP: ziprasidona;



Para escolher o fármaco mais adequado ao paciente, devem-se levar em conta alguns fatores:

- Disponibilidade do (Acesso ao) fármaco;
- Estágio da doença;
- Custo-benefício;
- História de resposta/adesão;
- Tolerabilidade.

Avaliar a resposta em dose terapêutica após 6 semanas. Se não resposta, recomenda-se a troca por outro fármaco.

Tratamento Refratário: Quando não apresentar resposta a dois antipsicóticos diferentes por tempo adequado (pelo menos seis semanas cada, em dose eficaz) e está indicado o uso de clozapina. Nesse caso, deve-se atentar para o risco de leucopenia e agranulocitose com a medicação, que requer a realização de hemogramas semanais durante os 6 primeiros meses de tratamento. Após esse período, deve-se manter solicitação quinzenal de hemograma por mais 6 meses. Posteriormente, hemogramas mensais devem ser realizados enquanto durar o tratamento.

Fase de manutenção: Após alcançar a remissão dos sintomas psicóticos, fase estável da doença. O curso da doença varia consideravelmente entre os pacientes, por vezes sendo necessários vários meses e mudanças em esquemas terapêuticos até a estabilização. Após a melhora do quadro, todos os pacientes devem ser mantidos em uso contínuo de medicação antipsicótica, na menor dose possível, a fim de melhorar sua qualidade de vida, promover a reabilitação funcional, o monitoramento e o manejo dos efeitos colaterais das medicações.

Reabilitação: Intervenções voltadas para reabilitação, além do tratamento farmacológico. Incluem terapias familiares, treinamento de habilidades sociais, terapia cognitivo-comportamental, suporte na busca por emprego e intervenções baseadas em reinserção na sociedade.

Casos ultrarrefratários: Cerca de 40 a 70% dos pacientes refratários que estão em tratamento com clozapina em dose adequada. Estes apresentam pouca resposta ao fármaco; Para esses casos, os planos de tratamento devem conter uma ou mais das seguintes opções de associação à clozapina:

Associação de outro antipsicótico: risperidona, haloperidol, pimozida e sulpirida. Estes podem trazer benefício adicional, quando o foco é a melhora de sintomas positivos.

Associação de estabilizadores do humor: há evidência de melhora de sintomas positivos, negativos e de ansiedade na associação de Lítio, Ácido Valpróico ou Lamotrigina.



Atenção ao surgimento de efeitos colaterais: neurotoxicidade, aplasia medular, sedação excessiva e síndrome neuroléptica maligna.

Eletroconvulsoterapia: indicada tanto na ausência de resposta quanto na intolerância à clozapina. A indicação principal é o manejo dos sintomas agudos, mas também pode ser o tratamento de escolha para pacientes com catatonia ou com alterações acentuadas no humor.

Manejo de Efeitos colaterais - Fazer uma investigação ativa de efeitos colaterais, se presentes, estes devem ser manejados, pois podem estar relacionada a uma pior qualidade de vida, consequentemente má adesão do tratamento e maiores dificuldades para superação da doença. Avaliar cuidadosamente a troca da medicação para não expor o paciente a riscos.

Agitação Psicomotora – pacientes com esquizofrenia podem desenvolver comportamento agitado, agressivo ou violento em decorrência dos sintomas psicóticos (como delírios persecutórios, mania ou alucinações) associados a outros sintomas, como medo e ansiedade. O controle emergencial pode incluir a sedação e como última opção, reclusão e isolamento.

Extra-piramidais: Os sintomas costumam indicar maior sensibilidade ao medicamento e/ou que a dose do AP poderá estar excessiva. Os Sintomas são: distonia aguda, parkinsonismo, Acatisia, e tardias, que ocorrem após uso crônico de AP, como a discinesia tardia.

Distonia Aguda – quadro de contrações ou espasmos musculares que podem ocorrer no pescoço, mandíbula, língua, olhos ou no corpo todo. É dolorida, exigindo tratamento imediato com uso de agente anticolinérgico, preferencialmente via IM Biperideno 5mg (diminuir a dose do AP até retirada do Anticolinérgico).

Acatisia – Sensação subjetiva de inquietação interna, que impele o paciente de mexer-se constantemente para alívio desses sintomas. Reduzir dose do antipsicótico e associar propranolol 40 a 120mg/dia, Benzodiazepínicos (clonazepam 2 a 6 mg/dia ou lorazepam 1 a 3 mg/dia) ou anticolinérgico (biperideno 2 a 8 mg/dia) associado ou não às medicações anteriores.

Parkinsonismo – tríade clássica; tremor, bradicinesia e rigidez muscular (pode aparecer o sinal de roda dentada). Tratamento pode ser realizado com anticolinérgico, biperideno 2mg a cada 8h, pelo mínimo de tempo possível.

Discinesia tardia: movimentos estereotipados, involuntários e repetitivos que ocorrem principalmente na musculatura orofacial (língua, lábios e boca), podem também ocorrer em membros e tronco. Costuma melhorar com o sono e piorar com a ansiedade. Iniciar uso de clozapina, em substituição ao antipsicótico que vinha sendo utilizado, mas a discinesia pode persistir mesmo após a descontinuação da medicação. Também pode-se adicionar benzodiazepínicos (p.ex. diazepam) ou anticolinérgicos (p.ex. biperideno).

Síndrome Neuroléptica Maligna – Reação idiossincrática ao uso de antipsicóticos. Sintomas: Rigidez muscular grave e febre, acompanhado de, ao menos, 2 do 10



itens seguintes: diaforese, disfagia, tremor, incontinência, alteração do estado mental, mutismo, taquicardia, pressão arterial elevada, leucocitose, creatinofosfoquinase (CPK) elevada. interromper o fármaco desencadeante e fornecer suporte clínico em UTI. O tratamento preconizado é a suspensão do AP e o uso de dantroleno 1 a 3 mg VO até 4 vezes/dia e/ou bromocriptina 2,5 a 10 mg/dia. Monitoramento clínico deverá ser feito.

Síndrome Metabólica - Ganho de peso, adiposidade central, hiperlipidemia, hiperglicemia e hipertensão. Tais efeitos adversos devem ser motivo de cuidado adicional, considerando que os pacientes esquizofrênicos, por exemplo, já apresentam risco aumentado de mortalidade cardiovascular e diabetes pelo transtorno em si. Recomenda-se que ao se iniciar tratamento com antipsicótico seja avaliada história familiar de doenças metabólicas, bem como realizados exames de avaliação do risco metabólico seguidos de medidas regulares, durante o uso desses fármacos, dos seguintes parâmetros:

- Peso corporal deve ser reavaliado nas semanas 4,8 e 12 após início do tratamento de um AP, após 3/3 meses.

- IMC a cada 3 meses; - Circunferência abdominal anualmente; - Índices de pressão arterial anualmente; - Glicemia de jejum no primeiro semestre e depois 1 vez ao ano; - Perfil lipídico no primeiro semestre e depois pelo menos a cada 5 anos.

* Para a clozapina, olanzapina e quetiapina, o perfil lipídico deve ser avaliado mais frequentemente, principalmente no início do tratamento (mensalmente durante o primeiro semestre)

Disfunção sexual e hiperprolactinemia – aumento da prolactina é mais pronunciado entre as APG. Entre os ASG, esse aumento costuma ser transitório e manifestações clínicas são menos frequentes. Deve-se fazer redução da dose ou troca de AP deve ser feita sempre que houver manifestações clínicas decorrentes dos aumentos de prolactina, como galactorreia ou ginecomastia. Disfunção sexual também pode ocorrer, como causa a própria doença.

Esquizofrenia Refratária – Se resposta insuficiente ao tratamento, (menos de 40% na melhora da psicopatologia) com emprego alternativo de pelo menos 2 AP (um deve ser atípico), administrados nas doses equivalentes a 400mg de clorpromazina ou 5mg de risperidona por pelo menos 4 a 6 semanas. Clozapina é AP indicado para os casos refratários.

Falta de Adesão e AP Injetáveis de Longa Ação – É comum em pacientes em uso de AP e estima-se que menos de 50% dos pacientes permanecem completamente aderidos ao tratamento prescrito após alta, levando ao alto risco de recaída e associado a pior prognóstico e maiores taxas de refratariedade.

Antipsicóticos Injetáveis de Longa Duração – Uma parcela de pacientes não aderem ao tratamento, mesmo após várias recaídas. Nesses casos recomenda-se a manutenção com AP injetáveis de longa ação (AILA). Como sua aplicação é realizada pelos profissionais de



saúde, torna-se mais fácil identificar falhas quando estas ocorrem, possibilitando uma intervenção mais precoce se novas crises.

Abordagem e Manejo Inicial Psicose Aguda – O tratamento inicial para um paciente agudamente psicótico na emergência envolve uma completa avaliação inicial e o uso de medicamentos antipsicóticos. Devem-se observar os efeitos colaterais desses medicamentos, pois, por vezes, é necessária intervenção farmacológica para revertê-los. Dependendo da etiologia do surto psicótico, podem ser associadas outras drogas no tratamento. É necessário que se faça uma avaliação rápida dos pacientes psicóticos que cheguem agitados na emergência. Por fim, é de grande importância para o tratamento e seu seguimento que o máximo de informações possam ser adquiridas sobre o paciente, como sua história médica pregressa e medicamentos usados.

Fluxograma:

Se agitação, conter (contenção temporária) o paciente fisicamente;

Usar faixas de contenção de membros e peitoral;

Esquema: ampola de haloperidol (5mg) combinado com uma ampola de prometazina (50mg), para sedação rápida.

Erros Comuns

Dados da Literatura e da Organização Mundial da Saúde apontam para um atraso significativo no início de tratamento para os casos de psicose na comunidade que podem permanecer não tratados por períodos de até dois anos após o início dos sintomas. Não existem dados sobre a população brasileira em relação ao atraso no tratamento de pessoas portadoras de psicose.

Nesse cenário, os serviços de atenção primária à saúde (APS) podem desempenhar papel estratégico no aumento da acessibilidade e instituição de tratamento precoce, evitando cronificação e prevenindo eventos adversos, como situações de violência e internações compulsórias. Estudos demonstram que comportamentos de busca de ajuda nos serviços de saúde e maior contato com os médicos de família e comunidade nos seis anos anteriores ao desenvolvimento de transtorno mental foram preditores da redução do tempo de psicose não tratada.

TABELA 1 - Mecanismo de Ação dos Antipsicóticos

Atuação sobre os Receptores	ASG – Afinidade pelos Receptores	Possíveis efeitos relacionados	Manejo
Bloqueio de receptores de dopamina na via	Risperidona, palapiredona e amissulprida >	Hiperprolactinemia, Disfunção sexual, galactorrêia e	Reduzir a dose quando possível.



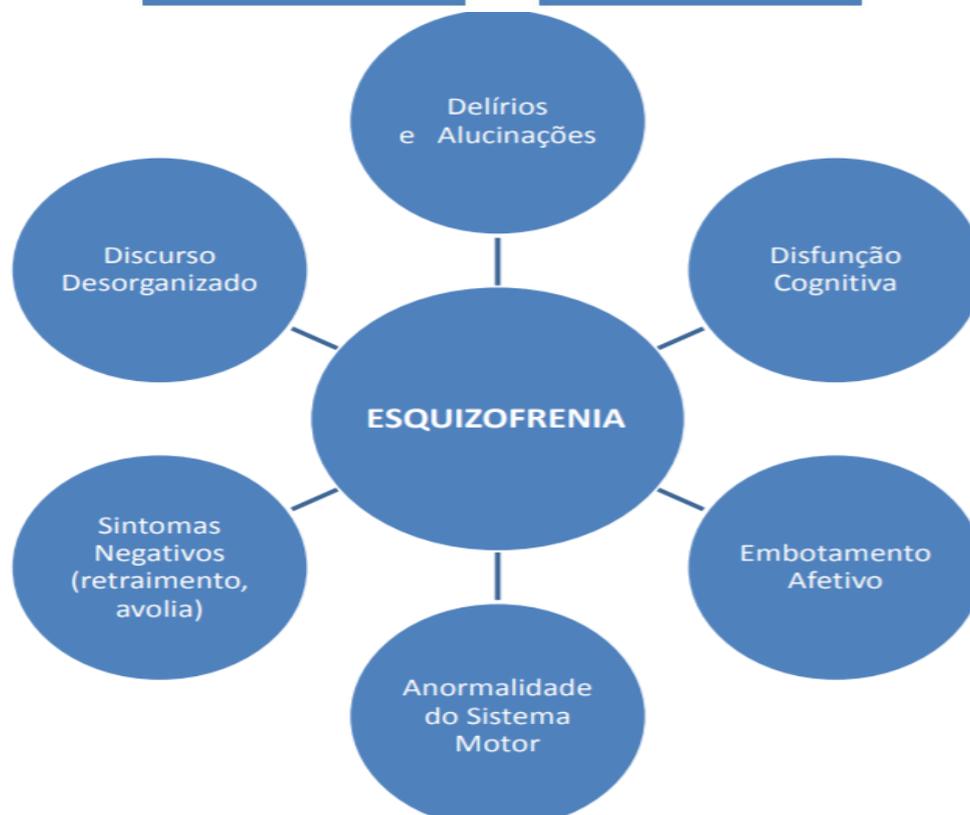
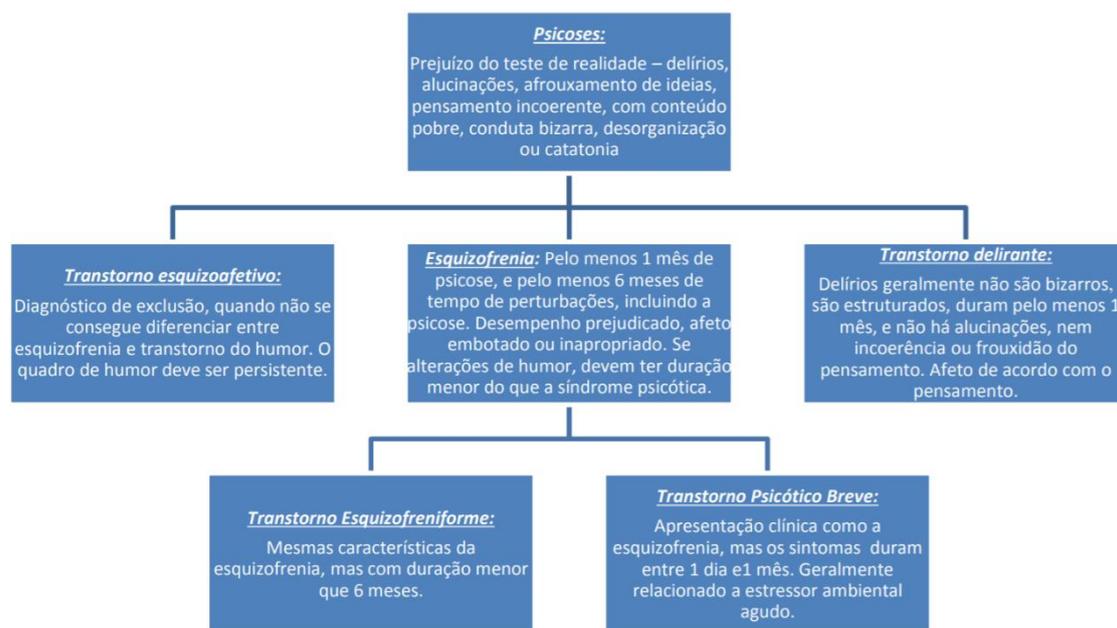
túbero-infundibar	Ziprasidona > Onlanzapina > Quetiapina, Clozapina e aripiprazol	ginecomastia.	Trocar medicação quando intoleráveis.
Bloqueio de receptores de dopamina na via nigro-estriatal	Risperidona, palapiredona e amissulprida > -Ziprasidona > -Onlanzapina > -Quetiapina > Clozapina e aripiprazol	Síndrome Extra Piramidal (SEP) Acatisia Discinesia Tardia (DT)	Reduzir a dose quando possível. Trocar para ASG. Uso cuidados de Anticolinérgicos em SEP. DT: Preferir clozapina.
Antagonista de receptores M1 (muscarínicos)	-Onlanzapina e Clozapina > -Quetiapina > -Risperidona > -Ziprasidona e Aripiprazol	Tremores, Boca Seca, Visão Turva, Sonolência, Náuseas, Diarréia.	Reduzir a dose quando possível. Administrar medicação à noite. Boca seca: tomar goles de água, chupar balas dietéticas, escovar os dentes com frequência.
Antagonistas de receptores H1 (histamínicos)	-Onlanzapina e Clozapina > -Quetiapina > -Ziprasidona > Aripiprazol > -Risperidona	Ganho de peso, sonolência	Orientações sobre alimentação e atividade física. Uso de medicações que provoquem menor ganho de peso (ziprasidona e aripiprazol)
Antagonista adrenérgico	Risperidona > Quetiapina e Clozapina > Ziprasidona > Onlanzapina > Aripiprazol	Tonturas e Hipotensão Postural	Orientações para levantar e mudar de posição devagar. Introdução lenta da medicação. Evitar em Idosos

Os transtornos psicóticos se caracterizam por perda de contato com a realidade. Isso se evidencia pela presença de alucinações, delírios ou desorganização do pensamento. A pessoa com esse tipo de transtorno mental perde a capacidade na distinção entre o que se passa no mundo interno e no mundo externo do indivíduo. Acredita-se que são produto de uma complexa interação entre causas biológicas, psicológicas e sociais. Além dos sintomas psicóticos, na diferenciação desse tipo de transtorno mental cabe-se observar: aparência, higiene, nível de ativação psicomotora, memória, atenção e juízo crítico do paciente.

O transtorno psicótico mais comum é a esquizofrenia. No entanto, dentre os



diferenciais encontram-se o transtorno esquizoafetivo, transtorno delirante, transtorno esquizofreniforme e transtorno psicótico breve. Cada um com suas características como descreve o fluxograma abaixo.





Destaca-se entre outras causas de sintomas psicóticos os transtornos do humor em episódios maníacos com sintomas de euforia, pensamento acelerado, delírios de grandeza e agitação. Bem como em casos de sintomas depressivos intensos associado a irritação, tristeza profunda, anedonia, pensamentos de ruína e lassidão. Esse tipo de sintomatologia pode ainda ser desencadeada por intoxicação aguda de substâncias psicoativas, por síndrome de abstinência de psicotrópicos, delirium ou psicose orgânica causada por condições não - psiquiátricas (ex: doenças da tireoide, encefalites, insuficiência hepática, traumas ou processos expansivos crânio-encefálicos e doenças autoimunes) .

Sono - Distúrbios

Os distúrbios do sono são queixas comuns na prática médica, segundo dados da OMS, cerca de 40% dos brasileiros sofrem de insônia e de acordo com o Instituto do Sono (Unifesp) aproximadamente 77% dos paulistanos sofrem de algum tipo de distúrbio do sono - 60% queixam-se de insônia; 41.7% roncam; 32,9% são portadores de apneia obstrutiva do sono; 24.3% têm pesadelos.

A privação do sono está relacionada ao desenvolvimento de diversas comorbidades, por vezes agravando distúrbios psiquiátricos e neurológicos. Contribui para a redução da qualidade de vida, leva a prejuízo do desempenho no trabalho, gerando custos de saúde associados à patologia e/ou pela redução de produtividade no trabalho.

A Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP) descreve os distúrbios do sono no capítulo Psicológico P06 como Perturbação do sono (F51,G47) e inclui: insônia, pesadelos, apneia do sono, sonambulismo, sonolência. Considera como critérios: a perturbação do sono como diagnóstico requer que o problema de sono seja uma queixa importante que, segundo o paciente e o profissional, não seja causada por outra perturbação, mas seja antes um problema em si mesmo. A insônia requer uma deficiência qualitativa ou quantitativa do sono, o qual é considerado pelo paciente como insatisfatório, ao longo de um período de tempo significativo. A hiperssonia caracteriza-se por uma sonolência exagerada durante o dia e ataques de sono que perturbam o desempenho do paciente.

A Classificação Internacional de Transtornos do Sono (ICSD-3) apresenta seis grupos principais, (1) transtornos de insônia, (2) transtornos respiratórios relacionados ao sono, (3) transtornos de hipersonolência central, (4) transtornos do ritmo circadiano de sono-vigília, (5) parassonias, (6) transtornos do movimento relacionados ao sono, cada um com suas subdivisões.

O sono normal

O sono é um estado fisiológico especial que ocorre de maneira cíclica e



desempenha um papel fundamental na saúde do ser humano, possui função reparadora, de conservação de energia e imunológica.

Cada faixa etária apresenta uma quantidade considerada ideal de sono para que suas funções sejam alcançadas. Segundo a Fundação Nacional do Sono dos EUA, recém-nascidos precisam dormir de 14 a 17 horas por dia, crianças de um a cinco anos precisam de 10 a 14 horas de sono. Dos seis aos treze, a recomendação cai para 9 a 11 horas. Os adolescentes de catorze a dezessete anos devem dormir de 8 a 9 horas por noite. Para adultos de 18 a 64 anos a recomendação é de 7 a 9 horas e acima dessa idade, a quantidade diminui para 7 a 8 horas.

É caracterizado por 5 estágios fundamentais, que se diferenciam de acordo com o padrão do eletroencefalograma (EEG) e a presença ou ausência de movimentos oculares rápidos (rapid eye movements: REM), além de mudanças em diversas outras variáveis fisiológicas, como o tônus muscular e o padrão cardiorrespiratório.

Tipo de sono	Estágio do Sono	Considerações
NREM Contribui para o repouso físico, pode auxiliar o sistema imunológico e estar relacionado aos ritmos do sistema digestivo. Inclui os estágios de 1 a 4.	Estágio 1: transicional entre a vigília e o sono, durando geralmente de 5 a 10 minutos. A respiração torna-se lenta e regular, a FC diminui, e os olhos exibem lentos movimentos de rolagem;	Sono Leve
	Estágio 2: mais profundo, com pensamentos e imagens fragmentadas. Os movimentos oculares geralmente desaparecem, os músculos esqueléticos relaxam e há poucos movimentos corporais. Representa 50% do tempo total do sono nos adultos;	Sono Verdadeiro
	Estágio 3: estágio ainda mais profundo, com redução adicional da FC e FR;	Os estágios 3 e 4 estão agrupados no chamado sono delta ou sono de ondas lentas
	Estágio 4: é o estágio mais profundo do sono, no qual o despertar se torna mais difícil. Ocorre geralmente no primeiro terço da noite, após não progredir além do estágio 3.	
	Ocorre várias vezes durante o sono. É caracterizado por dramática redução no tônus muscular e paralisia muscular. A respiração	Sono REM tônico: caracterizado por quase paralisia e



REM Contribui para repouso psicológico e bem estar emocional. E auxilia no processo de memória.	torna-se irregular, há aumento da frequência cardíaca e rápidos movimentos dos olhos. Os músculos das vias aéreas superiores relaxam, o consumo de oxigênio cerebral aumenta e os mecanismos de regulação de temperatura corporal ficam suspensos. As pessoas experimentam sonhos vívidos e ativos, com simbologia complexa. Compreende cerca de 20% do sono no adulto.	aumento do fluxo sanguíneo cerebral; Sono REM fásico: é caracterizado por respiração irregular, FC variável, movimentos rápidos dos olhos e abalos musculares;
--	---	---

O ciclo circadiano

A capacidade do indivíduo de adequar seu ciclo de sono e vigília ao ciclo noturno é guiada por diversos elementos externos e internos que interagem para a manutenção de um ciclo circadiano. Assim, a luminosidade e o calor do dia, a escuridão e a redução da temperatura ambiental à noite, são elementos que nos condicionam a manter um ritmo de atividade alternada com repouso.

Do ponto de vista endógeno, o organismo humano apresenta ciclos complexos de secreção hormonal e de neurotransmissores, bem como, padrões de atividade de determinados centros encefálicos, que se acoplam aos sincronizadores externos para permitir uma variação do ritmo de repouso e atividade, em sintonia com o ciclo circadiano. Um dos centros encefálicos mais importantes nesta sincronização é o núcleo supra-óptico, no hipotálamo anterior, que recebe impulsos luminosos carregados pelo nervo óptico, tendo a luz como um dos elementos que controlam o funcionamento deste centro. Os estímulos luminosos também atuam sobre a glândula pineal, que secreta a melatonina, um neuro-hormônio implicado na cronobiologia do ciclo vigília-sono. A secreção de melatonina é influenciada pela luminosidade ambiental, com seu pico máximo nas primeiras horas da noite.

Outros hormônios e neurotransmissores têm sua secreção vinculada ao ciclo vigília-sono. Nas primeiras horas da manhã, há aumento da secreção do hormônio tireoideano, de cortisol e de insulina, que são facilitadores da vigília por aumento da taxa metabólica.

O hormônio antidiurético também tem seu pico de secreção noturna, com a necessidade de se reduzir a produção de urina durante a noite, evitando-se o despertar causado pela plenitude vesical. Especula-se que crianças com enurese noturna idiopática possam ter imaturidade neste controle da secreção noturna do hormônio antidiurético.

Alguns peptídeos produzidos no trato gastro-intestinal durante o processo de digestão, como a colecistocinina e a bombesina, são comprovadamente indutores do sono NREM. Isto explica em parte a sonolência pós-prandial.



Outros neuro-transmissores são importantes na indução do sono, como a hipocretina, ou orexina, a beta-endorfina, a encefalina, a dinorfina e a prostaglandina D2, e da vigília, como a substância P, o fator de liberação da corticotrofina (CRF), o fator de liberação da tireotrofina (TRF) e o peptídeo intestinal vasoativo (VIP).

Dentre tantos mecanismos endógenos sincronizadores do ciclo vigília-sono, destaca-se a curva de variação da temperatura corporal interna. Esta sofre mudanças em torno de meio grau centígrado nas 24 horas, o que é suficiente para facilitar ou dificultar a ocorrência de sono. Nas primeiras horas da manhã, a curva começa a ascender, facilitando a manutenção da vigília. A temperatura interna máxima é atingida no período da tarde, entre as 16:00 e 18:00 horas, começando a decair lentamente a partir do início da noite. Esta queda é facilitadora da conciliação do sono. Na madrugada, o indivíduo atinge a temperatura corporal interna mais baixa, o que é favorecedor do sono REM.

Avaliação Clínica

Anamnese: dificuldade em iniciar o sono? Dificuldade em manter o sono? Múltiplos despertares durante o sono? Sono não restaurativo? Movimentos/comportamentos anormais durante o sono?

Atenção especial: sintomas noturnos associados + sintomas diurnos. Uso de medicamentos e bebidas energéticas + ambiente onde o paciente dorme + higiene do sono + fatores de modificações na vida do paciente.

Exame Físico: avaliar IMC, circunferência de pescoço, pressão arterial sistêmica, frequência cardíaca.

Exame físico neurológico

Exame físico de cabeça e pescoço: atrofia nasal, retrognatia, palato mole baixo, arco palatal estreito e alto, hipertrofia tonsilar, má oclusão dentária, macroglossia, dentes desgastados, desvio de septo e assimetria e colapso de narinas.

Insônia

A insônia é o transtorno do sono mais comum na população geral (6 a 10%), mais comum no sexo feminino, com idade avançada, com baixa renda, desempregados, aposentados e que passaram por divórcio/separação ou perda de cônjuge. Comparados com a população em geral, os insones possuem maior dificuldade no desempenho de suas atividades diárias, o que leva a prejuízo na qualidade de vida, e sofrem com maior frequência de doenças psiquiátricas (especialmente depressão e ansiedade). Nas últimas décadas, vem se demonstrando que pacientes com insônia possuem maior risco de desenvolver hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares e distúrbios endócrinos (como diabetes mellitus



tipo 2).

Pelo CID-10 a insônia é definida como uma condição em que há um problema em iniciar o sono, manter o sono ou acordar no início da manhã, pelo menos por 3 noites / semana durante pelo menos 1 mês. Deve ser associado com sofrimento significativo e preocupação persistente com a deficiência de sono.

Já pelo DSM-5 a definição é semelhante à do CID-10 porém com a subclassificação em episódica (> 1 mês e < 3 meses) ou insônia persistente (≥ 3 meses).

Deve ser questionado ao paciente como é o seu o humor durante o dia; para poder diferenciar outros transtornos psiquiátricos que podem imitar os sintomas diurnos de insônia. Diferenciar fadiga de sonolência através de anamnese e exame físico.

O diagnóstico de insônia é eminentemente clínico, sendo necessário uma anamnese médica detalhada e muita atenção aos aspectos relacionados ao sono, ao uso de medicamentos/drogas e transtornos psiquiátricos. As queixas de insônia são relacionadas à dificuldade em iniciar o sono, múltiplos despertares noturnos com dificuldade para voltar a dormir, maior tempo acordado após adormecer, despertar precoce e resistência em ir para a cama (em crianças), além de disfunção diurna. O estudo polissonográfico não é rotineiramente recomendado, a não ser quando existem evidências razoáveis da presença de outro transtorno do sono.

Ao avaliar o paciente

Humor durante o dia (Depressão e outros transtornos psiquiátricos que podem imitar os sintomas diurnos de insônia)

Diferenciar: fadiga e sonolência (anamnese + exame físico)

Podem ser diferenciadas por perguntar “ como você se sente durante o dia, que é seguido por uma boa noite de sono? ”. Se o paciente relata uma melhoria notável, o diagnóstico de transtorno psiquiátrico deve ser adiado até a resolução da insônia.

Terapia não medicamentosa

A terapia cognitiva comportamental (TCC) é considerada padrão ouro no manejo de insônia. Essa terapia tem como objetivo aumentar o tempo de remissão da doença e aumentar a resposta à terapia farmacológica, quando necessária, consequentemente melhorando a gravidade da insônia e a qualidade do sono mensuradas por escalas subjetivas. Existem vários tipos de intervenção da TCC voltados para a insônia, entre elas a terapia de controle de estímulos, treinamento com relaxamento, restrição do sono, intenção paradoxal, biofeedback e higiene do sono. A Terapia cognitiva comportamental é um meio seguro e eficaz de tratar a insônia por meio da correção de atitudes inadequadas, crenças sobre o sono e transtornos de ansiedade. Abordagens iniciais para o tratamento de insônia crônica devem pelo



menos incluir uma intervenção comportamental, como a terapia de controle dos estímulos, a terapia de relaxamento e a terapia de restrição do sono, que é a redução do tempo dormindo para que haja aumento do desejo de dormir.

Caso haja persistência da insônia após a TCC e controle dos fatores contribuintes, a terapia farmacológica empírica estará indicada.

Tratamento medicamentoso

Os mecanismos de ações para a farmacoterapia geralmente seguem uma de três possíveis vias: uma por ação gabaérgica, a outra por ação melatoninérgica e a última por antagonizar os efeitos da orexina.

Várias são as medicações usadas no cotidiano e na prática clínica, algumas recebendo recomendações formais e outras “off-label”, entre elas os agonistas do receptor GABA-A (zolpidem, zopiclona, eszopiclona, zaleplon), antidepressivos (trazodona, mirtazapina, doxepina, tricíclicos), ansiolíticos, antipsicóticos atípicos (quetiapina,), drogas antiepilépticas (gabapentina, pregabalina), melatonina, ramelteon, suvorexant (os dois últimos ainda não vendidos no Brasil), anti-histamínicos (doxilamina).

A escolha estará condicionada ao fenótipo apresentado pelo paciente (insônia inicial, insônia de manutenção ou insônia terminal), a presença de outras comorbidades (transtornos psiquiátricos, outros transtornos do sono, doenças degenerativas entre outros), ao perfil de efeitos colaterais, ao custo e à disponibilidade nas farmácias públicas e privada.

QUADRO 11 – Terapia farmacológica no transtorno de insônia (adaptado de Neves et al., 2013)
– Medicamentos não comercializados no Brasil



Classe terapêutica	Fármacos	Dose por unidade posológica (mg)	Posologia em adultos (mg)	Meia vida (h)
Agonista do receptor GABA Benzodiazepínico (ABRG)	Alprazolam	0.25 – 2	0.5 – 4	6 – 20
	Estazolam	1 – 2	0.5 – 2	10 - 24
	Oxazepam	10 – 30	15 – 30	6 – 10
	Triazolam	0.125 – 0.25	0.125 – 0.25	1.5-5.5
	Clordiazepóxido	5 – 25	15 – 100	5 – 30
	Clonazepam	0.5 – 2	0.25 – 2	18 – 39
	Diazepam	2 – 10	10	20 – 50
Flurazepam	15 – 30	15 – 30	47 – 100	
Agonista do receptor GABA não benzodiazepínico (ANBRG)	Zolpidem	5 – 10	5 -10	2.4
	Zopiclone	7,5	7,5	4 – 6
	Eszopiclone*	1 – 3	1 – 3	–1
	Zaleplon	5 – 10	5 – 20	–6
	Indiplon	7.5	15-30	–1.5
Agonista do receptor da melatonina	Ramelteon*	8	8	1-2
Antagonista da orexina	Suvorexant*	5 – 20	10 – 20	–12
Antidepressivos com efeitos sedativos	Amitriptilina	25	25 – 300	16-30
	Imipramina	25	25 – 300	12-30
	Mirtazapina	30	7.5-45	16-30
	Trazodona	50	50-600	6 – 9
Anticonvulsivantes	Gapapentina	15	300-900	5-7
	Pregabalina	10	150-600	6-7
Anti-histamínico	Doxilamina	04-08	25	9



Transtornos do sono

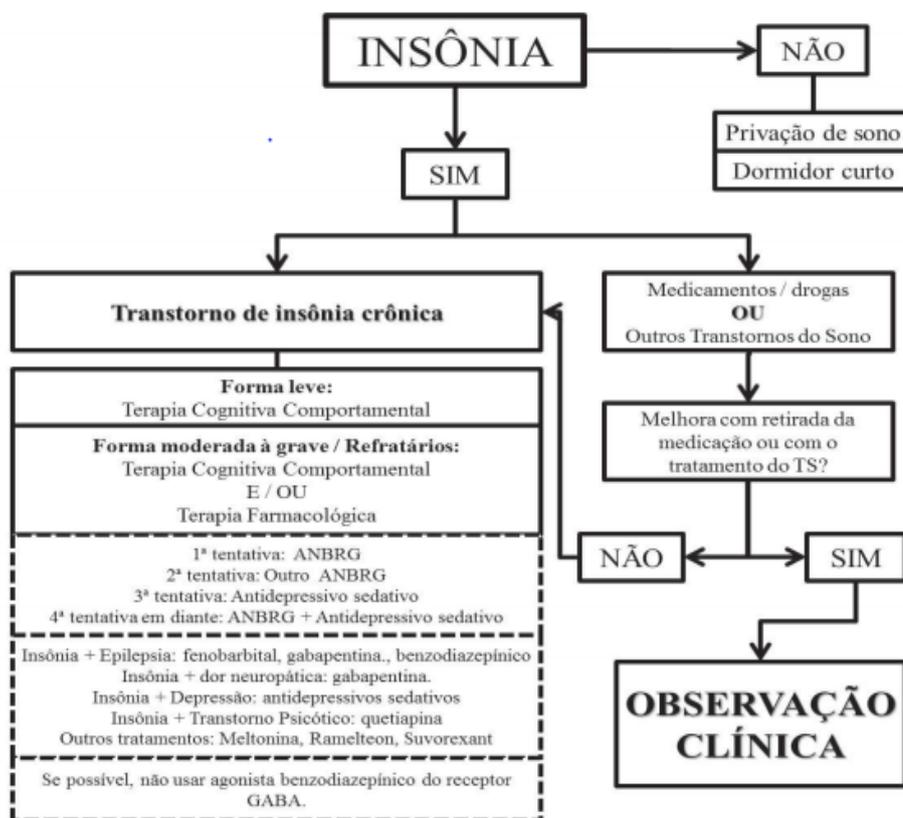


Figura 1. Algoritmo para o diagnóstico e tratamento da insônia (ANBRG- agonista do receptor GABA não benzodiazepínico)

Sonolência Excessiva Diurna (Hipersonia)

A SED é um sintoma crônico do sono presente em 10 a 15% da população em geral e pode ser definida como uma incapacidade de se manter acordado e/ou alerta durante o dia, resultando em sonolência e lapsos de sono não intencionais. Pode ser secundária a algum transtorno do sono, privação e má qualidade do sono, comorbidade clínica/psiquiátrica ou a uso de medicações.

A sonolência pode apresentar diferentes níveis de gravidade e é mais provável de acontecer em situações monótonas, tornando-se particularmente importantes em situações de risco de vida potencial, como dirigir veículos automotores e operar maquinário industrial pesado.

História clínica detalhada e exame físico minucioso devem sempre fazer parte da rotina diagnóstica, devendo-se coletar dados referentes a hábitos e práticas de higiene do sono do paciente e do cônjuge, além de buscar a presença de transtorno do sono e comorbidades clínicas/psiquiátricas.

QUADRO 12 – Causas de sonolência excessiva diurna (adaptado de Neves et al., 2013)



CAUSAS FISIOLÓGICAS	
Privação de sono e sonolência relacionada ao estilo de vida e padrões de sono e vigília irregulares	
CAUSAS PATOLÓGICAS	
Transtornos primários do sono	Outras causas
Síndrome da Apneia Obstrutiva do Sono (SAOS)	Hipersonia relacionada ao ciclo menstrual
Síndrome da Apneia Central do Sono	
Transtornos hipoventilatórios relacionados ao sono	
Narcolepsia tipo 1	Hipersonia secundária a uso de medicações (antidepressivos, anti-histamínicos, drogas antiepiléticas, neurolépticos, agonistas dopaminérgicos, entre outros)
Narcolepsia tipo 2	
Hipersonia idiopática	
Síndrome de Kleine-Levin	Hipersonia secundária a condições clínicas (Doenças degenerativas do SNC, Epilepsia, Encefalopatia hepática, Hipotireoidismo, Hipoglicemia, etc.)
Síndrome do sono insuficiente	
Síndrome de Pernas Inquietas	
Transtornos dos movimentos periódicos do sono	Hipersonia secundária a transtorno mental (depressão)
Parassonias do sono NREM e REM	
Transtornos do ritmo circadiano	

Parassonias

Parassonias são comportamentos episódicos, não desejáveis ou desagradáveis que ocorrem no início do sono, durante o sono ou no despertar. Podem ocorrer nos momentos de transição do sono e vigília, durante o período de sono REM ou NREM.

Ocorrem como consequência de uma mudança imperfeita que interrompe a progressão normal da ciclagem do sono. Assim há momentos em que não se está totalmente acordado nem totalmente dormindo. Neste momento observam-se elementos de sono e vigília mesclados.



Há vários fatores que podem influenciar as parassonias. A idade é importante, uma vez que as parassonias do sono NREM e a enurese noturna predominam na infância e muitas vezes desaparecem na adolescência. O transtorno comportamental do sono REM é mais frequente em idosos. A privação de sono, eventos que interrompam o sono e um dia mais agitado parecem aumentar a complexidade e frequência dos eventos.

São classificadas de acordo com a fase de sono em que ocorrem – parassonia do sono REM e do sono NREM.

PARASSONIAS (ICSD-3)

1.Parassonias do sono NREM.

- (a) Transtornos do despertar (a partir do sono NREM).**
- (b) Despertar confusional.**
- (c) Sonambulismo.**
- (d) Terror noturno.**
- (e) Transtornos alimentares relacionados ao sono.**

2.Parassonias do sono REM.

- (a) Transtorno Comportamental do sono REM.**
- (b) Paralisia do sono isolada recorrente.**
- (c) Pesadelos.**

3.Outras parassonias.

- (a) Síndrome da cabeça explosiva.**
 - (b) Alucinações relacionadas ao sono.**
 - (c) Enurese noturna.**
 - (d) Parassonia secundária a condição médica.**
 - (e) Parassonia devido a uso de droga ou substância.**
 - (f) Parassonia, não especificada**
- 4.Sintomas isolados e variantes da normalidade.**
- (a) Sonilóquio.**

As parassonias do sono NREM mais comuns são o despertar confusional, o sonambulismo e o terror noturno. As do sono REM são pesadelos e transtorno comportamental do sono REM, principalmente. Há ainda parassonias não classificadas, como a Enurese Noturna.

Parassonias do sono NREM

Também conhecidos como distúrbios do despertar, geralmente ocorrem no início do sono, são comuns na infância e diminuem com a idade. Na grande maioria apresentam histórico familiar positivo, com predisposição genética.



1. Despertar confusional

Ocorre usualmente em menores de cinco anos idade, com despertar confuso antes da primeira parte do sono e duração de menos de 5 minutos. O comportamento é benigno, ocasionalmente podem estar agressivos e violentos. Geralmente tem resolução espontânea e nos adultos, pode persistir longo tempo e com comportamentos automáticos e inapropriados. Farmacoterapia geralmente não é necessária, mas podem ser usados benzodiazepínicos (clonazepam 0,25-4mg), antidepressivos tricíclicos (25-75mg) e inibidores da recaptação da serotonina (10-20 mg);

2. Sonambulismo

Caracteriza-se por episódios de despertar parcial do sono NREM com comportamentos automáticos. Ocorre predominantemente no sono profundo (também conhecido como sono de ondas lentas) durando de poucos minutos até meia hora. Há uma ativação do sistema autônomo, com comportamentos como sentar na cama, levantar e andar, mas as funções superiores como atenção, planejamento e interação social estão ausentes. Quando despertados, não se recordam do evento, demonstrando amnesia parcial ou total ou parcial.

Podem ser precipitados por viagens, estados febris em crianças, estresse físico e emocional em adultos, período pré-menstrual em mulheres, uso de álcool ou medicamentos como carbonato de lítio, fenotiazinas, agentes anticolinérgicos e agentes sedativos hipnóticos. Para a segurança dos pacientes o ambiente de sono deve ser controlado: colchões no chão, poucas mobílias ao lado da cama, uso de copos plásticos, sistemas de alarme e trancas nas janelas. Tratamento medicamentoso geralmente não é necessário, mas podem ser úteis os benzodiazepínicos, antidepressivos tricíclicos e ISRS.

3. Terror noturno

Consiste em episódios de despertar parcial súbito acompanhado de gritos, choro e sintomas motores e autonômicos intensos (taquicardia, taquipneia, diaforese). Duram de 3 a 5 minutos, tem término súbito e o retorno ao sono é imediato. O tratamento medicamentoso não é indicado na maioria casos, mas podem ser utilizados os mesmos medicamentos já citados anteriormente para as parassonias do sono NREM.

Parassonias do sono REM

Dois fenômenos caracterizam a fisiologia do sono REM: os sonhos e a falta de tônus muscular. Alterações destes fenômenos determinam a maioria das parassonias do sono REM.

1. Pesadelos

Trata-se de episódio de despertar acompanhado de medo, terror, em que a pessoa relata histórias de conteúdo desagradável. É mais comum em crianças entre 6-10 anos



de idade, mas pode ocorrer em adultos e em pacientes que usam drogas anticolinérgicas, betabloqueadoras, antiparkinsonianas e na retirada de drogas supressoras do sono REM (antidepressivos tricíclicos, inibidores da MAO, lítio, anfetaminas, metilfenidato e clonidina). Ao contrário do terror noturno, os pesadelos geralmente ocorrem durante o sono REM (predominam na segunda metade da noite) e raramente incluem fala, gritos ou andar durante o sono. O tratamento consiste na retirada do fator desencadeante, sem necessidade de farmacoterapia.

2. Transtorno comportamental do sono REM (TCREM)

Neste transtorno a atonia esperada no sono REM está ausente, resultando em comportamentos motores complexos, relatos de sonhos violentos e ocasionalmente levando a autoagressões ou ao companheiro. É mais comum em homens acima dos 50 anos de idade, mas pode se manifestar em qualquer período da vida.

Em adultos, existe associação deste transtorno do sono com neurodegenerações relacionadas ou não com a sinucleína. Depois do início do transtorno comportamental do sono REM, quase metade dos pacientes desenvolvem algum distúrbio parkinsoniano em um período de 10 anos e 80-90% desenvolverão algum distúrbio neurodegenerativo ao longo da vida. Em crianças, há associação com narcolepsia-cataplexia, tumores de tronco cerebral e uso de antidepressivos.

O diagnóstico consiste em anamnese e estudo polissonográfico, com indicação de investigação neurológica completa. O tratamento geralmente é realizado com benzodiazepínicos, clonazepam em doses iniciais de 0,5 -2mg.

Outras parassonias

1. Enurese noturna

Consiste na eliminação involuntária de urina no período noturno e pode ser classificada como primária e secundária.

- Primária: é aquela que ocorre geralmente antes dos 5 anos de idade, com enurese recorrente, pelo menos 2 vezes na semana por um período de 3 meses, em crianças que nunca conseguiram manter o controle da enurese previamente por dificuldade de acordar;
- Secundária: usualmente ocorre em crianças com mais de 5 anos de idade, com enurese recorrente, mas que previamente já conseguiam manter o controle durante a noite por pelo menos seis meses. Decorrem de instabilidade ou hiperatividade da bexiga.

O diagnóstico é realizado através de história clínica detalhada, podendo ser necessário exames urológicos. Para as caracterizadas como secundária, atentar para aspectos psicológicos e mudanças comportamentais.

O tratamento consiste em orientações como diminuição da ingestão de água



durante o período noturno, técnicas de condicionamento (micções programadas pelo relógio, orientações na postura da micção), biofeedback (terapia de retreinamento do assoalho pélvico), terapia comportamental, toxina botulínica, alarme noturno. Tratamento medicamentoso está indicado apenas para crianças maiores que sete anos e pode ser realizado com desmopressina spray ou oral e antidepressivos tricíclicos indicados por pediatra.

Transtornos respiratórios relacionados ao sono

Dentre os diversos distúrbios respiratórios relacionados ao sono (quadro), a mais prevalente é a apneia obstrutiva do sono. As apneias são subdivididas em 3 grupos principais: obstrutiva, central e mista.

TRANSTORNOS RESPIRATÓRIOS RELACIONADOS AO SONO (ICSD-3)

1. Apneia obstrutiva do sono.

- (a) Adulto
- (b) Pediátrico.

2. Apneia central do sono.

- (a) Com respiração de Cheyne-Stokes.
- (b) Devido à condição médica sem respiração de Cheyne-Stokes.
- (c) Devido à respiração periódica da alta altitude.
- (d) Devido a drogas ou substâncias.
- (e) Apneia central do sono primária.
- (f) Apneia central do sono primária da infância.
- (g) Apneia central do sono primária da prematuridade.
- (h) Apneia central do sono decorrente do tratamento.

3. Transtorno de hipoventilação relacionados ao sono.

- (a) Síndrome da hipoventilação da obesidade.
- (b) Síndrome de hipoventilação alveolar central congênita.
- (c) Hipoventilação central de início tardio com disfunção hipotalâmica.
- (d) Hipoventilação alveolar central idiopática.
- (e) Hipoventilação relacionada ao sono devido ao uso de drogas ou substâncias.
- (f) Hipoventilação relacionada ao sono devido à condição médica.

4. Hipoxemia relacionada ao sono.

- (a) Transtorno de hipoxemia relacionada ao sono.

5. Sintomas isolados e variantes da normalidade.

- (a) Roncos.
- (b) Catatrenia.



1. Apneia obstrutiva do sono: é o tipo mais comum, cerca de 84% dos casos de apneia. Geralmente causada pelo fechamento repetido da garganta ou das vias aéreas superiores durante o sono (descrição detalhada a seguir);
2. Apneia central do sono: mais rara, geralmente decorre de alterações no tronco cerebral. Quando os níveis de dióxido de carbono estão elevados, o tronco cerebral sinaliza a necessidade de uma respiração mais profunda e rápida, visando a remoção de dióxido de carbono através da expiração. Na apneia central do sono, o tronco cerebral é menos sensível às mudanças no nível de dióxido de carbono. Como consequência, as pessoas que têm apneia central do sono respiram menos profundamente e de forma mais lenta do que o normal. Pode ser desencadeada por uso de opióides, altitudes elevadas, em pacientes com insuficiência cardíaca e tumores cerebrais;
3. Apneia mista do sono: é uma combinação de fatores centrais e obstrutivos que ocorrem no mesmo episódio de apneia do sono. Os episódios de apneia do sono mista, na maioria das vezes, começam como apneias obstrutivas e são tratados como apneias obstrutivas.

Síndrome Da Apneia Obstrutiva Do Sono

A síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS) é um distúrbio respiratório caracterizado por episódios recorrentes de obstrução total ou parcial das vias aéreas superiores durante o sono, os quais levam a hipoxemia intermitente, hipercapnia transitória e despertares frequentes, associados a sinais e/ou sintomas clínicos. É caracterizada por pelo menos 5 pausas respiratórias por hora, cada uma durando pelo menos 10 segundos.

Acomete até 9% da população geral e tem relação direta com a obesidade, o aumento do risco cardio e cerebrovascular, hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus, distúrbios de memória, disfunção cognitiva e sexual e depressão.

Diagnóstico

A SAOS pode ser diagnosticada pela história clínica, exame físico, de imagem e pela polissonografia (padrão ouro).

Os principais sintomas são sonolência diurna excessiva, ronco e pausas respiratórias durante o sono, relatados pelo companheiro. Outras alterações sistêmicas como doenças cardiovasculares, diabetes, hipotireoidismo e insuficiência renal crônica devem ser questionadas devido à sua associação com a SAOS.



Fatores de risco para SAOS	
Sobrepeso e Obesidade (IMC>25)	Hipotireidismo
Sexo masculino	Depressão
Largura pescoço > 40cm	Etilismo
Tonsilas aumentadas	Uso de estimulantes (caféina)
Retrognatia	

O exame físico deve incluir IMC, a circunferência do pescoço (não deve ultrapassar valores acima de 40 cm), o exame da cavidade nasal, o esqueleto craniofacial e a posição relativa da maxila, mandíbula e oclusão dentária. O exame intrabucal e de orofaringe avalia a proporção relativa de língua, palato, tonsilas, úvula e paredes faríngeas (Classificação de Mallampati), dando parâmetro de como essas estruturas influenciam nas vias aéreas.

A polissonografia é o exame padrão ouro para diagnóstico da SAOS. Consiste na monitoração do sono e avaliação do índice de apneia e hipoapneia por hora de sono através de eletroencefalograma, eletromiograma, saturação de oxigênio, fluxo de ar, esforço respiratório e frequência cardíaca. A presença de 5 ou mais eventos respiratórios noturnos com duração superior a 10 segundos diagnosticam SAOS.

Tratamento

O tratamento da SAOS é multidisciplinar. Deve-se informar o paciente sobre a fisiopatologia da doença, suas consequências e possíveis tratamentos.

1. Mudanças no estilo de vida:

- Perda ponderal para os pacientes com sobrepeso ou obesos (reduzem a sintomatologia da SAOS);
- Prática de exercícios físicos regulares;
- Redução do consumo de álcool;
- Cessaçã do tabagismo;
- Elevaçã da cabeceira da cama;
- Evitar dormir em decúbito dorsal, preferencialmente lateral;

2. Tratamento de comorbidades: como a reposiçã de hormônios no hipotireoidismo;

3. Tratamento não cirúrgico:

- CPAP (*continuous positive air pressure*) e BIPAP (*bilevel positive pressure airway*) são injetores de ar comprimido, com pressã aérea contínua ou seletiva, usados com máscara nasal para dormir. Altamente eficazes a curto prazo, indicados em estágios leves e moderados de apneia obstrutiva do sono. Tem baixa aderência a longo prazo devido a sua estrutura incomoda ao sono.



Transtornos do movimento relacionados ao sono

Os transtornos do movimento relacionados ao sono são caracterizados por movimentos irresistíveis ou involuntários durante o sono ou períodos de repouso e que secundariamente podem se associar à insônia e fadiga diurna.

QUADRO 13 – Panorama dos transtornos de movimento relacionados ao sono, 2, 10, 13

Transtornos do movimento relacionados ao sono	Principais sintomas	Diagnóstico	Tratamento
Bruxismo	Geralmente, tem início entre 10 e 20 anos, podendo persistir durante toda a vida. Ocasionalmente, casos familiares podem ser descritos. O bruxismo noturno é notado frequentemente durante os estágios 1 e 2 e no sono REM. Podem estar associados com distonia oromandibular e Doença de Huntington. Estão associados à disfunção temporomandibular e desgaste dentário.	História clínica	Protetores bucais, injeções de toxina botulínica, levodopa (50-200 mg) e pramipexole (0,125-1,5 mg).
Síndrome das pernas inquietas	Geralmente, tem início na meia-idade ou em indivíduos mais velhos, com prevalência maior em mulheres (com pico de incidência entre 85 e 90 anos). Estudos familiares sugerem uma herança genética autossômica dominante. Os quatro aspectos fundamentais para o diagnóstico incluem: (1) urgência em movimentar os membros associados com parestesias e disestesias; (2) sintomas que se iniciam ou pioram com o repouso; (3) melhora parcial dos sintomas com o movimento; (4) piora dos sintomas no final da tarde. Podem estar associados com deficiência de ferro, doença de Parkinson, insuficiência renal (principalmente quando submetidos à diálise), diabetes mellitus, artrite reumatóide, neuropatia periférica, gestação (acima de 20 semanas), uso de anti-histamínicos e antidepressivos. 80 % tem movimento periódico de pernas.	História clínica, laboratorial e de imagem.	Exercícios de relaxamento, pramipexole 0,125-0,5 mg, 1 hora antes de deitar, levodopa (50-200 mg), gabapentina (300-900 mg), sulfato ferroso (325 mg, duas vezes ao dia, se ferritina menor que 50 mcg).
Movimento periódico das pernas	Caracterizado por episódios repetitivos de movimentos dos membros durante o sono, mais frequentemente nos membros inferiores (pododáctilos, joelhos, quadril). Pode estar associado a despertares com fragmentação do sono	Polissonografia Movimentos maiores que cinco por hora nas crianças e maior que 15 nos adultos. Exame laboratorial: deficiência de ferro	O mesmo realizado para síndrome das pernas inquietas.



Cãimbras do sono	Sensação dolorosa, súbita, intensa com contração involuntária de grupos musculares (mais os da panturrilha e do pé). Associação com diabetes mellitus, esclerose lateral amiotrófica, hipopotassemia, hipocalcemia, hipomagnesemia e alguns medicamentos (estatinas e diuréticos).	História clínica e exames laboratoriais.	Alongamento dos músculos, compensação metabólica e retirada dos medicamentos.
Movimentos rítmicos relacionados ao sono	Crianças e adultos com movimentos repetitivos, estereotipados ou rítmicos interferindo no sono e nas funções diurnas, não podendo ser explicado por outro transtorno do movimento ou epilepsia.	História clínica	Tocar no paciente
Mioclonia proprioespinal do início do sono	Abalos mioclônicos, principalmente no abdômen, tronco ou pescoço que desaparecem com a ativação mental ou estabilização do sono. Se ocorrerem durante o dia, pesquisar lesão medular.	História clínica EEG-dessincronização do traçado. EMG-abalos nos músculos inervados pela medula cervical ou torácica.	Clonazepam 0,25-5 mg
Movimentos relacionados à medicação	Movimentos que prejudicam o sono relacionados ao uso de medicações ou abstinência de substância que promova vigília.	História clínica	Retirada do medicamento e tratamento da abstinência.
Mioclonia relacionada a doenças sistêmicas	Movimentos que prejudicam o sono e estão relacionados com uma condição médica ou neurológica. O transtorno não pode ser explicado por outro transtorno do sono ou distúrbio mental.	História clínica	Tratamento da doença relacionada.
Mioclonia benigna do sono em bebês	Abalos mioclônicos no tronco, membros ou em todo o corpo em recém-nascidos até seis meses. Não poderá ser explicado por outro transtorno do sono do movimento ou epilepsia.	História clínica e polissonografia	Acordar o paciente.

Distúrbios do sono do ritmo circadiano

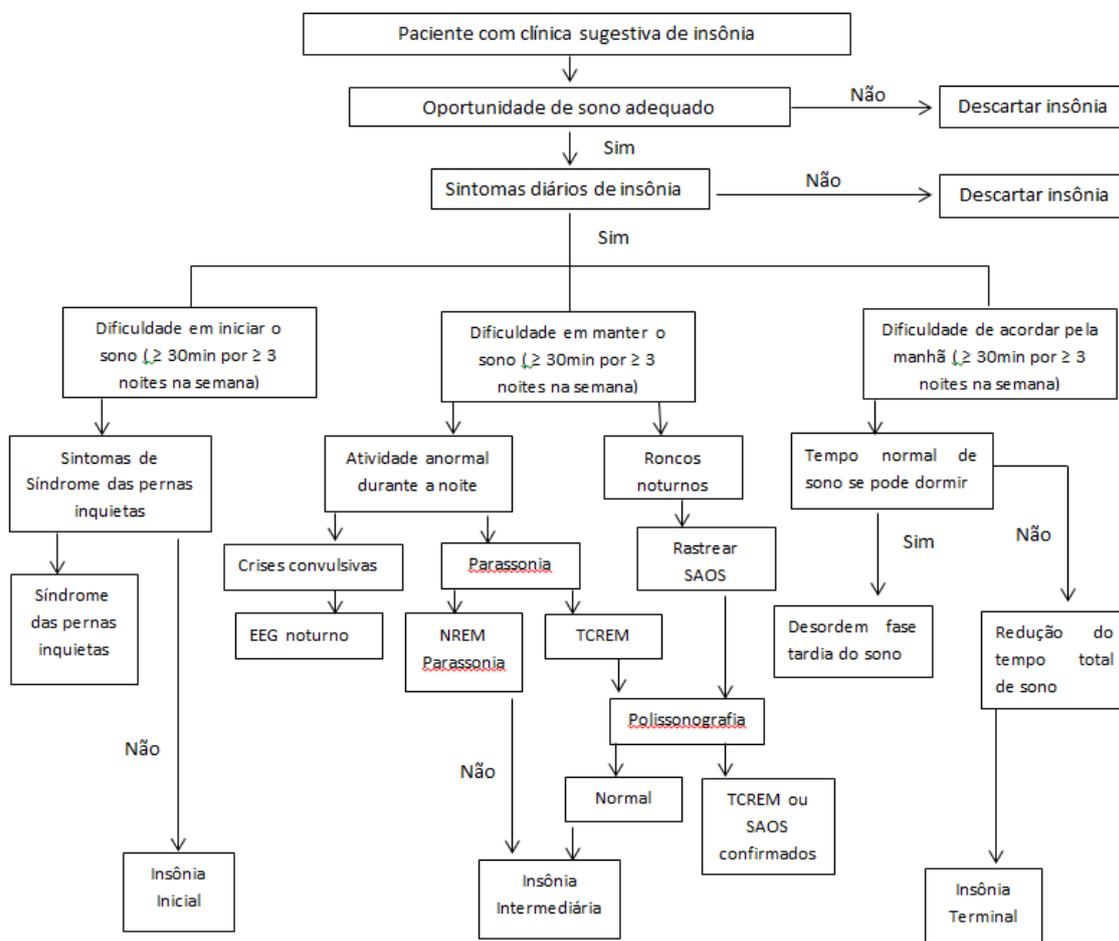
Os distúrbios do sono do ritmo circadiano (DSRC) tem como principal característica o um desalinhamento entre o padrão de sono do paciente e o padrão de sono que é desejado ou considerado como a norma da sociedade e que partilham uma base cronofisiológica subjacente comum. Entre eles estão:

1. Síndrome da Mudança do Fuso Horário
2. Transtorno do Sono do Trabalho por deslocamento
3. Padrão de Despertar do Sono Irregular
4. Síndrome da Fase do Sono Retardada
5. Síndrome da Fase do Sono Avançada
6. Transtorno do Despertar do Sono de 24 horas
7. Transtorno do Sono do Ritmo Circadiano Sem Outra Especificação

O principal problema entre todos os DSRCs é a incapacidade de adormecer ou ficar acordado quando desejado ou esperado. Como os episódios de sono ocorrem em horários inapropriados, os períodos de vigília correspondentes também são vistos em momentos não desejados. Portanto, o paciente se queixa de insônia ou sonolência, mas é importante que ambos estejam ocorrendo em momentos inapropriados.



Fluxograma geral distúrbios do sono



ANEXO I – Fitoterapia

MODOS DE PREPARAÇÃO DE “CHÁS”

INFUSÃO: Usada para folhas, flores e frutos tenros. A planta deve ser colhida manualmente, lavada em água corrente, rasurada e colocada em um recipiente de louça, vidro ou plástico, sendo adicionada água quente (40°C) e o recipiente tampado durante 05 a 15 minutos e coado a seguir; Usar preferencialmente na hora do preparo ou no mesmo dia (guardado em geladeira).

DECOCÇÃO: Usada para galhos, raízes, frutos e cascas. Seguindo as mesmas orientações anteriores, devendo a planta, porém, ser cozida durante um tempo variável, dependendo da sua consistência e do efeito desejado, coado e armazenado da mesma forma acima.

MACERAÇÃO: É usado para vegetais de princípio ativo termo-lábil - como o



boldo (*Coleus barbatus*), por exemplo - devendo o mesmo deve ser macerado, colocado em água fria e deixado em repouso por alguns minutos.

SUCOS: São usados principalmente quando se querem extrair vitaminas, sais minerais e pectina, substâncias que podem ser inativadas pela alta temperatura, ou que seu uso deva ser integral (como a pectina da polpa da berinjela e da laranja, por exemplo).

BANHOS, COMPRESSAS E BOCHECHOS: Devem ser usadas as mesmas formas de preparo descritas anteriormente. Normalmente se utilizam concentrações maiores para o uso externo.

CATAPLASMAS: Papa de vegetais devidamente higienizada, usada entre dois panos ou misturada a substâncias carreadoras (fubá, argila, ou outras substâncias) e aplicada sobre a área desejada.

TINTURAS - ALCOOLATURAS: Planta inteira ou rasurada, conservada em álcool comum etílico (utilizada para uso externo) ou álcool de cereais (para uso interno).

XAROPES E MELITOS: Preparado da planta (chá mais concentrado) com calda de açúcar (xarope) ou mel (melito). Lembrando que este último não deve ser fervido, o que levaria a uma diminuição de sua atividade terapêutica.

A tabela abaixo relaciona as principais plantas que apresentam algum efeito sedativo. Dei destaque para Passiflora, Valeriana e Camomila pois são as mais conhecidas e eram fornecidas no plano municipal de fitoterapia.

Camomila	<i>Matricaria recutita</i>	<p>Digestivo, antiinflamatório, antiespasmódico, calmante, cicatrizante, antialérgico;</p> <p>- Infusão das flores</p> <p>CAMOMILA - Pomada em orabase a 10% e droga vegetal</p> <p>Partes Utilizadas</p> <p>flores</p> <p>Propriedades Farmacológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Possui marcada atividade antiinflamatória, antibacteriana, antimicótica e protetora de mucosas, devida principalmente ao camazuleno, ao alfa-bisabolol (óleo essencial), a matricina e as mucilagens; <p>Usos Terapêuticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inflamações de mucosa oral de diversas etiologias: gengivites, estomatites, glossites;
----------	----------------------------	--



	<ul style="list-style-type: none">• Camomila em outras apresentações farmacêuticas tem efeito antiespasmódico, digestivo, antiséptica, antialérgica, antiinflamatória, ansiolítico, calmante, carminativa, cicatrizante, emoliente, refrescante. <p>Posologia</p> <ul style="list-style-type: none">• Pomada em orabase: Aplicar sobre a área afetada sempre que necessário (até 8x/dia).• Droga vegetal: Infusão: 1 colher (rasa) das de sopa em 250 ml de água. <p>Formas de Uso e Dosagem</p> <ul style="list-style-type: none">• Uso externo: Chá (infusão) 10 a 50 gr/litro para banhos e compressas; Extrato fluido – 05 ml em 250 ml de água; Xampus, sabonetes, cremes, loções, géis, pomadas em orabase;• Uso interno: Chá (infusão) 10 a 50 gr/litro – 3 xícaras/dia; Pó: 02 a 08 gr em água, dividido em 3 tomadas diárias; Extrato seco: 300 a 1.000 mg/dia. <p>Interações Medicamentosas</p> <ul style="list-style-type: none">• Pode interferir com a absorção de ferro, em tratamentos prolongados.• Pode ser associado a outras plantas de efeito sinérgico. <p>Efeitos Colaterais</p> <ul style="list-style-type: none">• Dermatites de contato ou fotodermatites em pessoas sensíveis <p>Contraindicações</p> <ul style="list-style-type: none">• Não há restrições ao seu uso tópico na literatura;• Contraindicado apenas em pessoas alérgicas a plantas da família das compostas. <p>Uso durante a Gravidez e Lactação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Uso interno contraindicado em gestantes;
--	---



		<ul style="list-style-type: none">• Evitar o uso tópico em excesso, pela possibilidade de absorção pela mucosa oral;• Sem contraindicações na lactação; <p>Duração da Administração</p> <ul style="list-style-type: none">• Sem contraindicações ao uso prolongado.
Capim limão	<i>Cymbopogum citratus</i>	Nervosismo, cefaléias tensionais, insônia, flatulência, miorelaxante; - Infusão das folhas ou sob a forma de sucos ou tinturas
Cidró	<i>Lippia citriodora</i>	Ansiolítico, sedativo, miorelaxante - Infusão das folhas - Infusão das folhas
Maracujá	<i>Passiflora sp</i>	Sedativo, antiespasmódico, diurético; casca rica em pectina (diminui a absorção de gorduras e açúcares pelo intestino); - Infusão das folhas ou “in natura” - Pó desidratado da casca PASSIFLORA 200 MG – Extrato seco padronizado para conter 7% de flavonoides totais – 200 mg Parte utilizada: <ul style="list-style-type: none">• Folhas Ações: <ul style="list-style-type: none">• Sedativo, tranquilizante, antiespasmódico, diurético. Propriedades farmacológicas: <ul style="list-style-type: none">• Age como depressor inespecífico do sistema nervoso central, resultando em uma ação sedativa, tranquilizante e antiespasmódica da musculatura lisa, devido aos alcalóides e flavonóides.• A passiflorina é similar à morfina, tendo grande valor como sedativo e que apesar de narcótico, não deprime o sistema nervoso central.• Seu uso diminui por instantes a pressão arterial e ativa a respiração, deprimindo a porção matriz da medula.



	<ul style="list-style-type: none">• Possui ainda efeitos analgésicos o que justifica seu emprego nas nevralgias. <p>Indicações:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cefaléia de origem tensional, ansiedade, perturbações da menopausa, insônia, taquicardia nervosa, cólicas, nevralgias e asma. <p>Contraindicações:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hipotensão arterial. <p>Efeitos Colaterais:</p> <ul style="list-style-type: none">• Raros nas doses terapêuticas.• O uso de doses excessivas pode levar a intoxicação cianídrica. <p>Uso durante a gravidez e lactação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Não há referências na literatura consultada, porém, desaconselha-se seu uso durante a gravidez, até que maiores estudos sejam realizados. <p>Interações:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pode potencializar os efeitos do álcool, anti-histamínicos e do sono induzido por barbitúricos, além dos efeitos analgésicos da morfina. Pode provocar um bloqueio parcial dos efeitos das anfetaminas.• Pode ser associado com valeriana e com lúpulo para insônia. <p>Posologia:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cápsulas de extrato seco padronizado para conter 7% de flavonoides totais -200 mg. <p>Uma ou duas cápsulas à noite para insônia.</p> <p>Uma a três cápsulas ao dia para ansiedade, cefaléias e outros distúrbios de fundo nervoso.</p>
--	---



		<p>Duração da administração:</p> <ul style="list-style-type: none">• Pode ser usado por até 03 meses ininterruptos. Não há referências quanto à possível dependência física na literatura. <p>Superdosagem:</p> <ul style="list-style-type: none">• Alucinações, hipotensão arterial, sinais de intoxicação cianídrica. <p>Cuidados no armazenamento:</p> <ul style="list-style-type: none">• Armazenar em recipientes hermeticamente fechados, em ambiente seco, arejado e ao abrigo da luz solar.
Marcela	<i>Achyrocline satureoides</i>	Calmante, eupéptico, antiinflamatório, miorelaxante; - Infusão das folhas e flores
Melissa	<i>Melissa officinalis</i>	Calmante, analgésico, digestivo, antiflatulento; - Infusão das folhas
Mulungu	<i>Erythrina mulungu</i>	Calmante - Decocção das cascas
Valeriana	<i>Valeriana officinalis</i>	<p>Ações:</p> <p>Sedativa, relaxante, hipotensora, espasmolítica, anticonvulsiva.</p> <p>Propriedades farmacológicas:</p> <p>A atividade sedativa da valeriana se deve ao valepotriato do óleo essencial, que atua como depressor do sistema nervoso, atenuando a irritabilidade e a ansiedade.</p> <p>Ao contrário dos benzodiazepínicos, os valepotriatos restauram o equilíbrio, sem exercer efeito direto no córtex cerebral e no sistema límbico, melhorando a qualidade e a quantidade do sono REM.</p> <p>Os monoterpenos (decompostos pela oxidase em ácido valeriânico) promovem ação antiespasmódica.</p> <p>A eliminação de sua essência por via renal produz um odor característico na urina.</p>

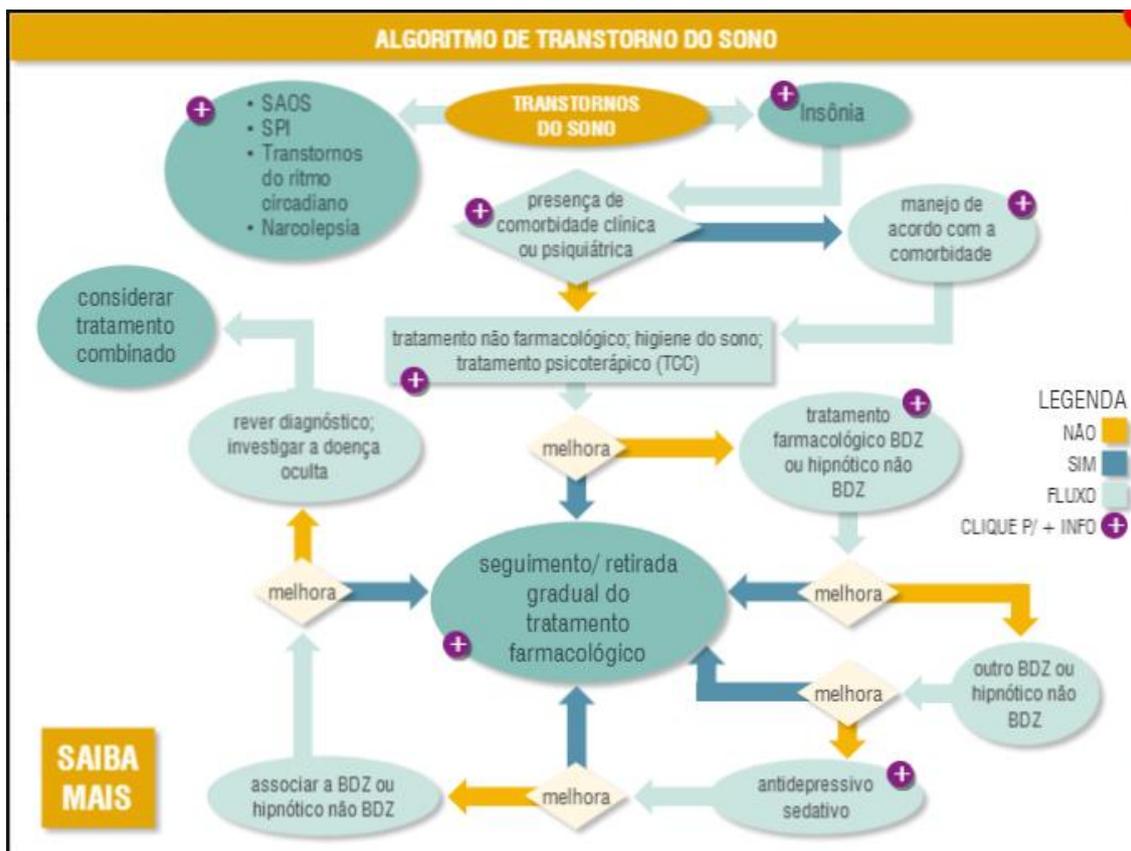


	<p>Indicações: Hiperexcitabilidade, histeria, insônia, taquicardia, cefaléia tensional, estresse, dermatoses relacionadas ao sistema nervoso, cólicas .</p> <p>Contraindicações: Gravidez, lactação e hipersensibilidade aos componentes da fórmula.</p> <p>Efeitos colaterais: Dispepsias, reações alérgicas cutâneas, cefaléias e agitação, principalmente no uso prolongado e em altas doses.</p> <p>Uso durante a gravidez e lactação: Contraindicado durante a gravidez e a lactação.</p> <p>Interações: Pode ser associada à passiflora e ao lúpulo para a insônia e com antidepressivos, para diminuir a ansiedade. Pode potencializar o uso de outros hipnóticos e sedativos.</p> <p>Posologia: Uma ou duas cápsulas de 200 mg de extrato seco padronizado para conter 0,8% de ácido valerênico à noite para insônia. Uma cápsula de 80 ou 200 mg a cada 12 horas para ansiedade, nervosismo.</p> <p>Duração da administração: Evitar o uso contínuo e prolongado.</p> <p>Superdosagem: Cefaléia e agitação, em altas doses e no uso prolongado.</p> <p>Cuidados no armazenamento:</p>
--	---



		Armazenar em recipientes hermeticamente fechados, em ambiente seco, arejado e ao abrigo da luz solar.
--	--	---

ANEXO II – Benzodiazepínicos



Benzodiazepínicos são substâncias que possuem ação depressora reversível sobre o SNC, atuando primariamente sobre os receptores do complexo GABA tipo A. Diferenciam-se, sobre tudo pela meia-vida e são muito prescritos, pois além de eficazes no combate à ansiedade, eles apresentam efeitos de relaxamento muscular, hipnoindução, sedação e atividade anticonvulsivante. Além disso, provocam comprometimento cognitivo e do desempenho psicomotor. São drogas que devem ser utilizadas apenas em situações específicas, levando em conta a relação custo-benefício em cada caso e em cada condição clínica.

Há evidências de que certos BZD são superiores a outros quanto à eficácia no tratamento de transtornos ansiosos (clonazepam, cloxazolam, alprazolam, lorazepam). Outro aspecto da escolha diz respeito à meia-vida plasmática. Quanto maior a meia-vida, menor será o problema de sintomas de abstinência e mais fácil será o esquema de tomada do medicamento. Os BZD de efeito mais prolongado (clonazepam, diazepam e lorazepam) induzem um efeito



terapêutico mais “homogêneo” ao longo do tempo. Contudo, algumas vezes, mesmo esses BZD necessitam ser utilizados pelo menos duas vezes ao dia. Os efeitos clínicos nem sempre podem ser previstos pela meia-vida plasmática.

EQUIVALÊNCIA DE DOSES ENTRE BENZODIAZEPÍNICOS MAIS COMUNS NO BRASIL		
FÁRMACO	MEIA-VIDA (H)	DOSE-EQUIVALÊNCIA* (REFERENTE A 10 MG DE DIAZEPAM)
Midazolam	1,5 - 2,5	15 mg
Alprazolam	6 - 20	1 mg
Bromazepam	12	6 mg
Lorazepam	9 - 22	1 mg
Clordiazepóxido	10 - 29	25 mg
Clonazepam	19 - 42	0,5 mg
Diazepam	14 - 61	10 mg
Nitrazepam	16 - 48	10 mg
Flunitrazepam	18 - 26	1 mg

*As equivalências variam entre diferentes referências

O abuso de BZD pode ser do tipo abuso deliberado por pessoas com dependência química, ou, na maioria das vezes, abuso por pessoas que iniciam o uso da medicação por uma indicação terapêutica e acabam tornando esse uso inapropriado.

Critérios Diagnósticos de padrão de uso problemático de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Um padrão problemático de uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:

1. Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos são frequentemente consumidos em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção do sedativo, hipnótico ou ansiolítico, na utilização dessas substâncias ou na recuperação de seus efeitos.
4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar o sedativo, hipnótico ou ansiolítico.
5. Uso recorrente de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (p. ex., ausências constantes ao trabalho ou baixo rendimento do trabalho relacionado ao uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; ausências, suspensões ou expulsões da escola relacionadas a sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos; negligência dos filhos ou dos afazeres domésticos).



6. Uso continuado de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos dessas substâncias (p. ex., discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação; agressões físicas).

7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Transtorno por Uso de Sedativos, hipnóticos ou Ansiolíticos 551.

8. Uso recorrente de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física (p. ex., conduzir veículos ou operar máquinas durante comprometimento decorrente do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos).

9. O uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente provavelmente causado ou exacerbado por essas substâncias.

10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores do sedativo, hipnótico ou ansiolítico para atingir a intoxicação ou o efeito desejado. b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade do sedativo, hipnótico ou ansiolítico. Nota: Este critério é desconsiderado em indivíduos cujo uso de sedativo, hipnótico ou ansiolítico se dá sob supervisão médica.

11. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: a. Síndrome de abstinência característica de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (consultar os Critérios A e B do conjunto de critérios para abstinência de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos, p. 557-558). b. Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos (ou uma substância estreitamente relacionada, como álcool) são consumidos para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Nota: Este critério é desconsiderado em indivíduos cujo uso de sedativo, hipnótico ou ansiolítico se dá sob supervisão médica.

A Síndrome de Abstinência que ocorre com a retirada de BZD ou barbitúricos decorre de adaptações do SNC a essas substâncias e tem relação direta com o potencial de causar uso abusivo e dependência dessas drogas.

As características da síndrome de abstinência de BZD são muito semelhantes a um quadro de ansiedade, apresentando sintomas de: inquietude, ansiedade, taquicardia, insônia, agitação, fraqueza, cefaléia, dores musculares, letargia, tremores, náuseas, vômitos, diarreia, câimbras, hipotensão, tonturas, hipersensibilidade a estímulos, alucinações ou ilusões táteis ou auditivas, disforia, etc. Nos casos mais graves, podem ocorrer convulsões, delirium e sintomas psicóticos. A duração é variável, e os sintomas físicos raramente ultrapassam 7 a 10 dias. Foi descrito, ainda, que a retirada abrupta do alprazolam pode induzir uma reação do tipo maníaca.



Critérios Diagnósticos Síndrome de Abstinência de BZD e barbitúricos.

- a. Cessação (ou redução) do uso prolongado de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.
- b. Dois (ou mais) dos seguintes sintomas, desenvolvidos no prazo de várias horas a alguns dias após a cessação (ou redução) do uso de sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos descrita no Critério A:

1. Hiperatividade auton mica (p. ex., sudorese ou frequência card cia superior a 100 bpm).

2. Tremor nas mãos.

3. Insônia.

4. Náusea ou vômito.

5. Alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias.

6. Agitação psicomotora.

7. Ansiedade.

8. Convulsões do tipo grande mal.

- c. Os sinais ou sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- d. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por ou abstinência de outra substância.

O manejo da dependência de BZD pode ser feito a partir da troca do BZD de meia-vida curta para um de intermediária ou longa (clonazepam ou diazepam), apesar de bastante utilizado, esse método não encontrou amparo científico em metan lise. Outro método seria a retirada gradual de acordo com os sinais e os sintomas do quadro de abstinência. Se d  após a motivação do paciente, feita por meio de um processo firme e empático de construção de vínculo com o paciente.   recomendável estabelecer um cronograma de retirada, com informações por escrito. Nele deve-se respeitar o tempo de uso, comorbidades psiquiátricas e a motivação do paciente. Geralmente a retirada da primeira metade da droga é mais fácil que a retirada da porção final. Assim, em média,   possível retirar os 50% iniciais em um intervalo de 15 a 30 dias, realizando a retirada dos 50% finais de modo paulatino.

Processos de psicoeducação e psicoterapia podem ser recomendáveis, a depender da análise apurada de cada caso. Orientações e psicoterapia em grupo podem ser úteis na motivação do paciente.

Caso a retirada for mais difícil, há controvérsias na literatura, no entanto pode-se tentar o uso de carbamazepina associada ao BZD até se atingir níveis plasmáticos de 4 a 8 u/L em então retirar o BZD. Medicamentos com a o no receptor GABA A, como a gabapentina,



demonstraram utilidade para o tratamento da síndrome de abstinência por BZD e também por álcool. Poderá ocorrer quadro de polineuropatia em pacientes com dependência de BZD durante a abstinência e, por isso, pode ser necessária a complementação com vitaminas do complexo B. Para a prevenção de convulsões, podem ser utilizados anticonvulsivantes. Em alguns casos, é necessária a hospitalização para a retirada da substância.

Tabagismo

Tabagismo pode ser denominado como uma doença crônica causada pela dependência à nicotina presente nos produtos à base de tabaco¹ e existem várias formas de produtos à base de tabaco podendo ser fumado ou inalado, aspirado, mascado e o absorvido pela mucosa oral. Dentre as várias formas de produtos derivados do tabaco o mais comum no Brasil é o fumado.

Independente da forma que é utilizado, todos apresentam a nicotina que causa dependência e aumentam o risco de contrair doenças crônicas não transmissíveis. Além da nicotina a fumaça do cigarro contém mais de 4000 substâncias dentre elas 60 carcinogênicas, provocando vários malefícios e várias doenças além das mortes por câncer como a de pulmão (90-95%), por Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica(75%) e por doenças vasculares(20%).

O impacto do tabagismo na saúde da população em geral é extensão como por exemplo o uso de tabaco durante a gestação que pode acarretar numa maior mortalidade perinatal, atraso no desenvolvimento físico e mental, malformações congênitas além do maior risco de infecções respiratórias, doenças broncoconstritivas, entre outras.²

Abordagem: Inicialmente é necessário realizar uma anamnese completa avaliando tanto seu histórico progresso pessoal quanto seu histórico de tabagismo. Durante a anamnese é importante abordar:

-Níveis de escolaridade e socioeconômico: menores níveis de escolaridade e socioeconômico estão associados estão relacionados com menor taxa de sucesso da cessação de tabagismo

-Antecedente atual ou prévio de ansiedade, depressão ou história de uso abusivo de drogas

- História de saúde: avaliar presença de comorbidades e uso de medicações contínuas principalmente para avaliar se há risco de interação medicamentosa como por exemplo no caso de uso da Bupropiona está contra-indicada em pacientes com histórico de crises convulsivas e possui interação com outros anti-depressivos e benzodiazepínicos

- Avaliação do grau de dependência à nicotina: pode ser realizada através dos critérios sugeridos pelo DSM-IV e pela avaliação do teste de Fagerström sendo este último o mais utilizado.



TESTE DE FAGERSTRÖM AVALIAÇÃO DO GRAU DE DEPENDÊNCIA DE NICOTINA

1. Quanto tempo após acordar você fuma o seu primeiro cigarro?

- Dentro de 5 minutos = 3
- Entre 6-30 minutos = 2
- Entre 31-60 minutos = 1
- Após 60 minutos = 0

2. Você acha difícil não fumar em lugares proibidos, como igrejas, bibliotecas, cinemas, ônibus, etc.?

- Sim = 1
- Não = 2

3. Qual cigarro do dia traz mais satisfação?

- O primeiro da manhã = 1
- Outros = 0

4. Quantos cigarros você fuma por dia?

- Menos de 10 = 0
- De 11 a 20 = 1
- De 21 a 30 = 2
- Mais de 31 = 3

5. Você fuma mais frequentemente pela manhã?

- Sim = 1
- Não = 0

6. Você fuma, mesmo doente, quando precisa ficar de cama a maior parte do tempo?

- Sim = 1
- Não = 0

Pontuação:

0 a 2 pontos = muito baixo • 3 a 4 pontos = baixo • 5 pontos = médio • 6 a 7 pontos = elevado • 8 a 10 pontos = muito elevado

- Avaliação do grau de motivação: é importante analisar em que o momento o paciente se encontra para a cessação do tabagismo porque como a cessação do tabagismo engloba a mudança dos hábitos e estilo de vida o grau de motivação será importante na adesão do tratamento e a abordagem é diferente. O grau de motivação é dividido em:

a) Pré-contemplação: nesse momento paciente não planeja aderir a cessação do tabagismo mesmo sabendo dos malefícios da continuidade do uso e dos benefícios da cessação do mesmo. O médico deve realizar uma abordagem breve sobre orientações e benefícios da cessação do tabagismo.

b) Contemplação: o paciente sabe dos malefícios do tabagismo, contudo se mantém insegura para iniciar o tratamento. Nesse momento é importante perceber quais são os motivos que o impedem de iniciar a terapêutica e trabalhar nas barreiras.

c) Preparação: neste momento são realizados os primeiros passos para cessação do tabagismo com diminuição da quantidade dos cigarros por dia

d) Ação: neste momento são adotadas medidas pela própria pessoa para parar efetivamente o uso dos cigarros. O importante nesta fase é estimular à mudança dos hábitos de vida e orientar sobre os riscos de recaída. Além dessas orientações, é muito importante parabenizar a pessoa além de enfatizar os benefícios que ela terá com a cessação do tabagismo

e) Manutenção: nesta fase orienta-se sobre os benefícios da cessação do tabagismo e se encerra com o sucesso da cessação do tabagismo ou com a recaída.



Após a avaliação inicial, são realizados dois tipos de tratamentos: o não farmacológico e o farmacológico.

Tratamento não-farmacológico: é possível ser realizado através de uma abordagem cognitivo-comportamental podendo ser realizada de uma forma breve (com duração menor que 3 minutos), básica (com duração de 3 a 10 minutos) e a intensiva (com duração de 10 minutos) por qualquer profissional de saúde.

Um outro método que pode ser utilizado é a realização de grupos para a cessação de tabagismo com uma das principais vantagens a possibilidade da troca de experiências entre os participantes, contudo é necessário que o profissional tenha habilidade e empatia para que possa conduzir da melhor forma possível. Inicialmente são realizadas quatro reuniões sendo uma semanal com duração de 90 minutos ministrados por 2 profissionais sendo 1 como coordenador e outro como observador seguidos por reuniões de seguimento para evitar possíveis recaídas, contudo as reuniões seguintes são mais espaçadas variando de acordo com a realidade local sendo adaptável de acordo com a equipe de saúde quanto com a população local até completar 12 meses.

Tratamento farmacológico: o tratamento farmacológico é indicado para algumas situações descritas a seguir:

- a. Fumantes moderados que fazem uso de 20 ou mais cigarros por dia
- b. Fumantes que fumam o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar e fumam, no mínimo, 10 cigarros por dia
- c. Fumantes com escore do teste de Fargerström igual ou maior que 5, ou avaliação individual, a critério do médico
- d. Fumantes que já tentaram para de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental
- e. Fumantes que não possuem contra-indicações clínicas
- f. A critério profissional

O tratamento farmacológico deve visar inicialmente a monoterapia apenas realizando a terapia combinada nos casos de elevado grau de dependência nicotínica, evolução insatisfatória com a monoterapia, uso prévio de várias medicações antitabagismo com sucesso parcial.

Existem várias medicações que podem ser utilizadas e são divididos em Terapia de reposição nicotínica (TRN) e os não-nicotínicos. As medicações da terapia de reposição nicotínica são os adesivos transdérmicos de nicotina que apresentam as posologias de 7 mg, 14 mg e 21 mg; a goma de mascar 2 mg e a pastilha de nicotina de 2 mg enquanto a medicação não-nicotínica utilizada é a Bupropiona 150 mg.

Terapia de Reposição Nicotínica (TRN): o objetivo do uso desta terapia é aliviar os sintomas ofertando a nicotina sem o uso do tabaco. A sua efetividade é semelhante ao uso



da Bupropiona e o tratamento combinado do adesivo com a goma promove maior benefício em comparação ao uso isolado das mesmas.

A dose de reposição da nicotina dependerá do grau de dependência baseado no consumo diário de cigarros sendo que um cigarro equivale a 1 mg de nicotina. Nas semanas iniciais a dose de nicotina reposta deve ser aproximadamente igual a quantidade ingerida com uso do tabaco e, posteriormente, reduzindo de forma gradativa. O tempo de tratamento preconizado é de até 3 meses contudo pode ser necessário alterar conforme a necessidade de cada caso.

Os adesivos transdérmicos de nicotina devem ser aplicados uma vez por dia realizando rodízios dos locais de aplicação evitando a região dos seios, regiões com pelos e regiões expostas ao sol.

Em relação a goma de nicotina, ela deve ser mascarada com força várias vezes até que sinta uma sensação de formigamento ou gosto picante na boca interrompendo o processo até cessar retomando a mastigação com força por mais 30 minutos e depois desprezar a goma. Importante salientar não ingerir líquidos ou alimentos 15 minutos antes e 30 minutos após o uso da goma. A dose máxima diária é de 15 gomas não sendo recomendado o uso acima dessa quantidade.

O efeito colateral do adesivo de nicotina é a irritação local.

Os efeitos colaterais possíveis da goma é gosto desagradável, vertigem, cefaléia, náuseas, vômitos, desconforto gastrointestinal, soluços, dor de garganta, dor bucal, aftas, salivação, amolecimento dos dentes e fadiga muscular com dor em região mandibular.

Terapia não-nicotínica: a medicação disponível é a Bupropiona 150 mg. A dose terapêutica recomendada é 1 comprimido cedo e a tarde sendo que nos 3 primeiros dias de tratamento deve-se iniciar com 1 comprimido. Evitar o segundo comprimido diário próximo ao horário de dormir devido a possível ocorrência de insônia. A duração terapêutica proposta é de 12 semanas podendo ser alterada conforme individualização de cada caso. O início da medicação deve ser realizada uma semana antes da suspensão do uso do tabaco devido sua janela terapêutica.

Contra-indicação absoluta:

- Hipersensibilidade ao medicamento
- Antecedente convulsivo ou epilepsia ou qualquer outro risco para convulsão
- Alcoolistas em fase de retirada do álcool
- Doença cerebrovasculares
- Uso de inibidor da MAO há menos de 15 dias
- Gestação e amamentação



Transtornos alimentares

Os distúrbios alimentares são graves condições psiquiátricas relacionadas a comportamentos alimentares persistentes que afetam negativamente a saúde, as emoções e a funcionalidade dos indivíduos a elas expostas. Dentre os distúrbios mais comuns estão: a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e o transtorno de compulsão alimentar.

Com o aumento de sua prevalência esses transtornos assumiram grande importância nas últimas décadas. Afetam principalmente mulheres jovens com uma média de 1 caso para cada 20 mulheres. Homens são acometidos com menor frequência, cerca de 1 para cada 10, porém essa diferença diminui em indivíduos mais jovens, com meninos correspondendo a até 30% dos casos de anorexia.

Refratariedade às terapias são frequentes, aproximadamente 25% dos pacientes desenvolvem quadros crônicos com sequelas orgânicas importantes e taxas de mortalidade que podem chegar a 20%. A associação com outras doenças psiquiátricas é elevada, cerca de 75% apresentam em paralelo quadro de depressão, 65% de ansiedade e até 37% de abuso de substâncias.

São classificadas segundo o DSM-5, conforme a tabela:

TABELA 2 – Classificação dos transtornos alimentares segundo DSM-5

Classificação dos Transtornos Alimentares segundo DSM-5
Pica Em crianças (F98.3); Em adultos(F50.8);
Transtorno de Ruminação (F98.21)
Transtorno Alimentar Restritivo/Evitativo(F50.8)
Anorexia Nervosa Tipo restritivo (F50.01) Tipo compulsão alimentar purgativa (F50.02)
Bulimia Nervosa (F50.2)
Transtorno de Compulsão Alimentar (F50.8)
Outro Transtorno Alimentar Especificado (F50.8)
Transtorno Alimentar Não Especificado (F50.9)

Conforme a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2), os transtornos alimentares estão enquadrados na categoria Psicológico P86 que consta de anorexia nervosa e bulimia (F50.0, F50.2, F50.3, F50.4). Apresenta como critérios:



- Anorexia Nervosa: perda de peso provocada e mantida deliberadamente pelo paciente, associada a um medo exagerado e supervalorizado da gordura e da flacidez;
- Bulimia: ataques repetidos de fome em que se come demais e uma preocupação excessiva com o peso, o que leva a um comportamento padrão de excesso de comida seguido de vômitos provocados ou recurso a purgativos.

Anorexia Nervosa

A anorexia nervosa é um distúrbio alimentar caracterizado por redução extrema da alimentação ingerida, de forma consciente e deliberada, em busca de um ideal de corpo esguio, levando a um peso corporal anormalmente baixo. Devido ao medo intenso de ganhar peso (distorção da percepção corporal), indivíduos com esse distúrbio tendem a uma limitação excessiva da ingestão de calorias ou utilização de métodos para perder peso, como: exercícios físicos intensos, uso de laxantes, supressores de apetite ou vômitos após comer.

Ocorre predominantemente em mulheres jovens, principalmente entre aquelas com profissões que exigem manutenção do peso corporal como bailarinas, atletas e modelos. A influência da “cultura do corpo” e da pressão para a magreza que as mulheres sofrem parece estar associada com o desencadeamento de comportamentos anoréticos.

É dividida em dois subtipos clínicos, o tipo purgativo com compulsão periódica e o tipo restritivo.

- Tipo purgativo: há episódios recorrentes de compulsão alimentar ou após alimentação normal seguida de medidas purgativas como vômitos auto-induzidos, o abuso de laxativos e de diuréticos;
- Tipo restritivo: a perda de peso dá-se essencialmente por meio de dieta, jejum e/ou exercício excessivo;

Critérios diagnósticos do DSM-5

Os pacientes devem apresentar por um período superior a 3 meses:

- a. Restrição da ingestão calórica em relação às necessidades, levando a um peso corporal significativamente baixo no contexto de idade, gênero, trajetória do desenvolvimento e saúde física. Peso significativamente baixo é definido como um peso inferior ao peso mínimo normal ou, no caso de crianças e adolescentes, menor do que o minimamente esperado;
- b. Medo intenso de ganhar peso ou de engordar, ou comportamento persistente que interfere no ganho de peso, mesmo estando com peso significativamente baixo.
- c. Perturbação no modo como o próprio peso ou a forma corporal são vivenciados, influência indevida do peso ou da forma corporal na auto-avaliação ou ausência persistente de reconhecimento da gravidade do baixo peso corporal atual;



Critérios de gravidade

- Leve: IMC ≥ 17 kg/m²;
- Moderada: IMC 16 a 16,99 kg/ m²;
- Grave: IMC 15 a 15,00 kg/ m²;
- Extrema: IMC < 15 kg/ m²;

Variadas complicações médicas podem surgir em decorrência da desnutrição e dos comportamentos purgativos, tais como anemia, alterações endócrinas, osteoporose e alterações hidroeletrólíticas (hipocalemia).

Transtornos bipolares, depressivos e de ansiedade em geral ocorrem concomitantemente com anorexia nervosa. Muitos indivíduos relatam a presença de um transtorno de ansiedade ou de sintomas previamente ao aparecimento de seu transtorno alimentar. Também é descrita a associação com TOC, abuso de álcool e outras substâncias.

Tratamento

Devido a sua etiologia multifatorial, a anorexia nervosa é considerada uma condição de difícil tratamento. A integração das abordagens médica, psicológica e nutricional é a base da terapêutica.

O tratamento ambulatorial deve ser indicado quando a paciente tem um bom suporte social, não está perdendo peso rapidamente e não apresenta os critérios de gravidade. A internação hospitalar deve ser considerada para as pacientes com peso corporal abaixo de 75% do mínimo ideal, quando estão perdendo peso rapidamente ou quando se faz necessária uma monitorização adequada das suas condições clínicas.

O uso de antidepressivos ou ansiolíticos pode ser adequado em pacientes que desenvolvem uma comorbidade psiquiátrica associada. Existem evidências de que os agentes inibidores da recaptação da serotonina auxiliam na manutenção do peso pós-internação em alguns pacientes. A psicoterapia em suas diversas modalidades (cognitivo-comportamental, interpessoal e a terapia de família) ainda é um dos pilares centrais do tratamento.

Bulimia nervosa

Trata-se de um transtorno alimentar grave, marcado por compulsão alimentar, seguida de utilização de métodos para evitar o ganho ponderal. Indivíduos com bulimia nervosa estão geralmente dentro da faixa normal de peso ou com sobrepeso (IMC $> 18,5$ kg/m² e < 30 em adultos).

A prevalência entre jovens do sexo feminino é de 1 a 1,5%. É maior entre adultos, já que o transtorno atinge seu pico no fim da adolescência e início da idade adulta. É bem menos comum nos homens, com uma proporção feminino- masculino de aproximadamente 10:1.



Critérios diagnósticos

Episódios recorrentes de compulsão alimentar, caracterizado pelos seguintes aspectos:

1. Ingestão, em um período de tempo determinado (até duas horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria dos indivíduos consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes;

2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio;

Comportamentos compensatórios inapropriados recorrentes a fim de impedir o ganho de peso, como vômitos autoinduzidos, uso indevido de laxantes, diuréticos ou outros medicamentos, jejum, ou exercício em excesso;

A compulsão alimentar e os comportamentos compensatórios inapropriados ocorrem, em média, no mínimo uma vez por semana durante três meses;

A autoavaliação é indevidamente influenciada pela forma e pelo peso corporais;

A perturbação não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

Critérios de gravidade: baseia-se na frequência dos comportamentos compensatórios inapropriados;

- Leve: 1 a 3 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana;
- Moderada: 4 a 7 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana;
- Grave: 8 a 13 episódios de comportamentos compensatórios inapropriados por semana;
- Extrema: 14 ou mais comportamentos compensatórios inapropriados por semana.

Pessoas com bulimia sentem vergonha de seus problemas alimentares e tentam esconder os sintomas. A compulsão alimentar normalmente ocorre em segredo ou da maneira mais discreta possível. O antecedente mais comum da compulsão alimentar é o afeto negativo. Outros gatilhos incluem fatores de estresse interpessoais, restrições dietéticas, sentimentos negativos relacionados ao peso corporal, à forma do corpo e a alimentos e tédio. A compulsão alimentar pode minimizar ou aliviar fatores que precipitam o episódio a curto prazo, mas a autoavaliação negativa e a disforia com frequência são as consequências tardias.

Irregularidade menstrual ou amenorreia ocorrem com frequência e estão relacionadas a oscilações no peso, a deficiências nutricionais ou a sofrimento emocional. Distúrbios hidreletrolíticos podem constituir problemas clinicamente sérios. Podem ocorrer, esofagites, lacerações esofágicas, ruptura gástrica e arritmias cardíacas. Miopatias esqueléticas e cardíacas graves foram relatadas em indivíduos depois do uso repetido de xarope de ipeca para induzir o vômito. Indivíduos que abusam cronicamente de laxantes podem tornar-se



dependentes do seu uso para estimular movimentos intestinais.

Em alguns indivíduos, as glândulas salivares (parótidas), podem ficar hipertrofiadas. Indivíduos que induzem vômitos estimulando manualmente o reflexo de vômito podem desenvolver calos ou cicatrizes na superfície dorsal da mão pelo contato repetido com os dentes.

Tratamento

O tratamento deve ser conduzido por uma equipe multiprofissional, incluindo acompanhamento psicológico e farmacológico. Os estudos têm demonstrado bom controle dos episódios de compulsão alimentar com o uso de fluoxetina em altas doses (60mg/dia), porém sem remissão de todos os episódios.

A internação hospitalar é considerada na presença de complicações médico-psiquiátricas, de ciclos incoercíveis de compulsão alimentar-vômitos, de abuso de laxativos e/ou outras drogas e de outros comportamentos de risco. Na grande maioria dos casos, o tratamento da bulimia é extra-hospitalar, devendo-se tentar um período inicial de abordagens como a psicoterapia cognitivo-comportamental, o aconselhamento nutricional e o uso de psicofármacos, o que pode conduzir a uma melhora das pacientes.

Transtorno de Compulsão Alimentar

Pacientes com o transtorno apresentam episódios de compulsão alimentar que é definido como: a ingestão, em um período determinado (menor que 2 horas), de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria em um mesmo período.

Ocorre em indivíduos de peso normal, mas é consistentemente associado ao sobrepeso e à obesidade em indivíduos que buscam tratamento. A prevalência em 12 meses entre mulheres e homens adultos é de 1,6 e 0,8%, respectivamente.

Critérios diagnósticos

- a. Episódios recorrentes de compulsão alimentar. Caracterizado pelos seguintes aspectos:

1. Ingestão, em um período determinado, de uma quantidade de alimento definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria no mesmo período sob circunstâncias semelhantes;

2. Sensação de falta de controle sobre a ingestão durante o episódio;
 - a. Os episódios de compulsão alimentar estão associados a três (ou mais) dos seguintes aspectos:

1. Comer mais rapidamente do que o normal;
2. Comer até se sentir desconfortavelmente cheio;
3. Comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de



fome;

4. Comer sozinho por vergonha do quanto se está comendo;
5. Sentir-se desgostoso de si mesmo, deprimido ou muito culpado em seguida.
 - a. Sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar;
 - b. Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, em média, ao menos uma vez por semana durante três meses;
 - c. A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamento compensatório inapropriado como na bulimia nervosa e não ocorre exclusivamente durante o curso de bulimia nervosa ou anorexia nervosa;

Critérios de gravidade: o nível mínimo de gravidade baseia-se na frequência de episódios de compulsão alimentar.

- Leve: 1 a 3 episódios de compulsão alimentar por semana;
- Moderada: 4 a 7 episódios de compulsão alimentar por semana;
- Grave: 8 a 13 episódios de compulsão alimentar por semana;
- Extrema: 14 ou mais episódios de compulsão alimentar por semana.

O transtorno de compulsão alimentar está associado a um maior risco de desenvolvimento de obesidade, de problemas no desempenho de papéis sociais, prejuízo da qualidade de vida e satisfação com a vida relacionada à saúde, maior morbidade e mortalidade médicas. Também apresenta maior associação a comorbidades psiquiátricas sendo as mais comuns os transtornos bipolares, depressivos, de ansiedade e, em menor grau, transtornos por uso de substância.

O tratamento deve envolver uma orientação dietética adequada com refeições regulares, psicoterapia cognitivo-comportamental, o uso de inibidores seletivos da recaptação de serotonina ISRS (fluoxetina, fluvoxamina e sertralina) ou o uso de agentes que se encontram em fase inicial de avaliação como a sibutramina e o topiramato.

PICA

Trata-se de um distúrbio alimentar caracterizado pela ingestão de uma ou mais substâncias não nutritivas, não alimentares, de forma persistente durante um período mínimo de um mês. As substâncias ingeridas tendem a variar com a idade e a disponibilidade e podem incluir papel, sabão, tecido, cabelo, fios, terra, giz, talco, tinta, cola, metal, pedras, carvão vegetal ou mineral, detergente ou gelo. Geralmente não há aversão a alimentos em geral. Sugere-se uma idade mínima de 2 anos para o diagnóstico de pica, de modo a excluir a exploração de objetos com a boca que acabam por ser ingeridos, normal no desenvolvimento das crianças pequenas.

É mais prevalente entre indivíduos com transtorno do espectro autista e deficiência intelectual e, em menor grau, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo.



Critérios diagnósticos DSM-5

- a. Ingestão persistente de substâncias não nutritivas, não alimentares, durante um período mínimo de um mês;
- b. Ingestão de substâncias não nutritivas, não alimentares, inapropriada ao estágio de desenvolvimento do indivíduo.;
- c. Comportamento alimentar não faz parte de uma prática culturalmente aceita;
- d. Se o comportamento alimentar ocorrer no contexto de outro transtorno mental ou condição médica (incluindo gestação), e suficientemente grave a ponto de necessitar de atenção clínica adicional;

Embora deficiências de vitaminas e minerais (zinco, ferro) tenham sido descritas em alguns casos, frequentemente nenhuma outra anormalidade biológica é encontrada. Pode apresentar complicações médicas como: obstrução intestinal, perfuração intestinal, infecções em decorrência da ingestão de fezes ou sujeira, intoxicação e pode ser potencialmente fatal dependendo da substância ingerida.

Transtorno de Ruminação

O transtorno de ruminação inclui episódios de regurgitação (ou "remastigação") repetidos que não podem ser explicados por nenhuma condição médica. O alimento previamente deglutido que já pode estar parcialmente digerido é trazido de volta à boca sem náusea aparente, ânsia de vômito ou repugnância.

Critérios diagnósticos

- a. Regurgitação repetida de alimento durante um período mínimo de um mês. O alimento regurgitado pode ser remastigado, novamente deglutido ou cuspidado;
- b. A regurgitação repetida não é atribuível a uma condição gastrointestinal ou a outra condição médica;
- c. A perturbação alimentar não ocorre exclusivamente durante o curso de anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtorno de compulsão alimentar ou transtorno alimentar restritivo/evitativo;

Se os sintomas ocorrerem no contexto de outro transtorno mental ou outro transtorno do neurodesenvolvimento, eles são suficientemente graves para justificar atenção clínica adicional.

É importante diferenciar regurgitação no transtorno de ruminação de outras condições caracterizadas por refluxo gastroesofágico ou vômitos.

A desnutrição secundária à regurgitação repetida pode estar associada a atraso no crescimento, desenvolvimento e aprendizagem. Indivíduos adultos restringem a ingestão de alimentos devido ao contexto social indesejável da regurgitação, apresentando perda ponderal



ou baixo peso. Em casos mais graves podem estar presentes alterações do equilíbrio hidroeletrólítico, desidratação e risco de morte.

Em crianças mais velhas, adolescentes e adultos, o funcionamento social tende a ser afetado de forma mais adversa. O tratamento envolve o acompanhamento clínico das complicações e tratamento comportamental.

Tristeza

A tristeza constitui-se uma resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades. Pode ser definida como um sentimento ou um afeto, que pode acontecer com qualquer pessoa em diferentes e diversos momentos da vida. Causa isolamento, mutismo, lágrimas contidas ou derramadas, acarretando muitas vezes em prejuízos nas funções neurocognitivas, porém em geral não implicam concomitantes somáticos, constituindo fenômeno muito mais mental do que somático. Engloba uma narrativa de dor e sofrimento.

Sentimentos da esfera da tristeza: melancolia, saudade, nostalgia, vergonha, impotência, aflição, culpa, remorso, auto depreciação, auto piedade, sentimento de inferioridade, infelicidade, tédio, sensação de vazio, desesperança.

Exemplos de dificuldades da vida cotidiana que podem provocar crises de tristeza ou ansiedade (retirado do Tratado de Medicina de Família e Comunidade):

Desigualdades sociais: sem acesso a condições mínimas de alimentação, moradia, saneamento e higiene, vestuário e transporte.

Violência: exposição indesejada a situações de coerção física ou psicológica.

Luto: perdas ou doenças graves de familiares, pessoas próximas ou animais de estimação.

Família: situações desconfortáveis no relacionamento com parceiro (a), filhos, pais, irmãos ou outros.

Trabalho: condições laborais difíceis, relacionamento ruim com superior ou colegas, iminência de demissão ou fechamento da empresa, sensação de injustiça no reconhecimento de seu desempenho.

Doença: preocupação exacerbada com sintomas ou sinais físicos aparentemente benignos, diagnóstico recente de doença grave ou letal, convivência com doença crônica degenerativa e/ou incapacitante.

Serviços de saúde: dificuldade de acesso, mau atendimento, resposta inadequada às demandas do usuário.

Gravidez e puerpério: as complexas modificações provocadas na vida e no corpo



da mulher durante e após a gravidez estão relacionadas com maior possibilidade de sintomas depressivos, quadro que também tem sido chamado de depressão pós-parto.

Diagnósticos Possíveis

Tristeza é um sintoma observado em diversas síndromes da prática clínica diária. Identificá-las constitui um passo importante no raciocínio clínico ao longo das primeiras avaliações, quando podemos adquirir um conhecimento mais aprofundado do paciente e do seu sofrimento mental.

Do ponto de vista psicopatológico, as síndromes depressivas têm como elementos mais salientes o humor triste e, na esfera volitiva, o desânimo, mais ou menos marcantes. Tal tristeza e desânimo são, na depressão, desproporcionalmente mais intensos e duradouros do que nas respostas normais de tristeza que ocorrem ao longo da vida (Del Pino, 2003).

Podemos utilizar diferentes códigos de classificação, desde aqueles que contemplam questões relacionadas a PESSOAS, como a Classificação Internacional da Atenção Primária - CIAP, ou relacionadas a doenças, como a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID, ou ainda um específico para doenças mentais, bastante utilizado na psiquiatria, que é o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM.

Os subtipos de síndromes e transtornos depressivos mais utilizados na prática clínica, de acordo com a CID 11 e o DSM 5 são:

Episódio de depressão e transtorno depressivo maior recorrente (CID-11 e DSM-5).

- Transtorno depressivo persistente e transtorno distímico (CID-11 e DSM-5). O transtorno distímico é caracterizado por humor depressivo por pelo menos 2 anos sendo que nos 2 primeiros anos não pode haver episódio de depressão maior. Caracterizado por iniciar na infância e adolescente com um curso insidioso e crônico. Devido a esse curso insidioso o paciente pode ser adaptar com os sintomas. Nesse caso há o relato de tristeza persistente ou, no caso de crianças e adolescentes quadros de irritabilidade. São necessários mais dois sintomas a seguir concomitantes: apetite diminuído ou hiperfagia, insônia ou hipersonia, falta de energia ou fadiga constante, baixa auto-estima, dificuldade de se concentrar ou tomar decisões, desesperança.
- Depressão atípica (DSM-5) Depressão tipo melancólica ou endógena (CID-11 e DSM-5) a depressão atípica pode estar presente tanto no transtorno depressivo maior quanto na distimia e é caracterizado por melhora do humor frente a estímulos agradáveis juntamente com mais 2 sintomas a seguir: ganho de peso ou aumento significativo do apetite, hipersonia, sensação de peso no corpo especialmente nos membros, sensibilidade a rejeição interpessoal, mantidos mesmo fora dos períodos de depressão.
- Depressão psicótica (CID-11 e DSM-5).



- Estupor depressivo ou depressão catatônica (DSM-5).
- Depressão ansiosa ou com sintomas ansiosos proeminentes (CID-11 e DSM5) e transtorno misto de depressão e ansiedade (CID-11).
- Depressão unipolar ou depressão bipolar.
- Depressão como transtorno disfórico pré-menstrual (CID-11 e DSM-5).

É caracterizada pela labilidade de humor, irritabilidade, disforia e sintomas de ansiedade que estão presentes repetidamente durante a fase pré-menstrual do ciclo atingindo seu auge perto do momento de início da menstruação. Contudo precisa ter ocorrido na maioria dos ciclos menstruais no último ano e causando efeito adverso no trabalho ou no funcionamento social. Podem aparecer sintomas comportamentais e físicos.

- Depressão mista (DSM-5)
- Depressão tipo melancólica ou endógena (CID-11 e DSM-5)

Esse tipo de depressão é caracterizada pela presença de 4 dos seguintes sintomas (obrigatoriamente uma das duas primeiras descritas): perda do prazer por quase todas as atividades, ausência de reatividade aos estímulos agradáveis, relato de uma qualidade distinta do humor depressivo, humor deprimido mais intenso no período da manhã, despertar de madrugada, retardo psicomotor ou agitação psicomotora, perda significativa do apetite e do peso corporal, culpa excessiva.

- Depressão secundária ou transtorno depressivo devido a condição médica (incluindo aqui o transtorno depressivo induzido por substância ou medicamento) (CID-11 e DSM-5) O transtorno induzido por substância ou medicamento é caracterizado por sintomas de transtornos depressivos podendo estar relacionado com uso da substância, à abstinência ou à intoxicação. Para incluir a esse transtorno o quadro deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida. As substâncias que podem ocasionar o quadro depressivo são anti-inflamatórios não hormonais, digitálicos, metildopa, propranolol, nifedipino, isoniazida, metronidazol, contraceptivos orais, corticóides, benzodiazepínicos, levodopa, ranitidina, metoclopramida, álcool, cocaína, maconha, antipsicóticos entre outros. Contudo na história do quadro deve constar o uso de alguma dessas substâncias previamente ao início do quadro. E o início do quadro deve ser até um mês após uso da substância.

CIAP – Classificação internacional de Atenção Primária

A CIAP evidencia os motivos de procura do cidadão (sofrimento ou enfermidade) ao serviço de saúde, mesmo que não sejam doenças objetivamente evidenciadas por qualquer tipo de exame (clínico, sangue ou imagem). Permite conhecer melhor a demanda dos pacientes. Potencializa a prevenção quaternária, visando evitar intervenções inadequadas.

A tristeza encontra-se descrita no capítulo PSICOLÓGICO da CIAP:

- **P03 TRISTEZA/SENSAÇÃO DE DEPRESSÃO** (CID10 R45.2, R45.3) - inclui: sentir-se sem vontade, só, infeliz, preocupado e exclui: perturbação depressiva.



- **P76 PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA** (CID10 F30 a F39) - critérios: sentimentos relatados pelo paciente como uma experiência emocional ou psicológica não atribuída a uma perturbação mental. Verifica-se uma transição gradual de sentimentos indesejáveis – porém mais ou menos normais – em relação a sentimentos que são tão perturbadores para o paciente, que o levam a procurar ajuda de um profissional.

Os quadros depressivos caracterizam-se por uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos e neurovegetativos, ideativos e cognitivos, relativos à autovalorização, à vontade e à psicomotricidade.

Depressão é um diagnóstico amplo e heterogêneo, caracterizado por humor deprimido e/ou perda de prazer na maioria das atividades rotineiras. Estudo multicêntrico realizado no Brasil mostrou prevalências de 5,8%, em um ano, e de 12,6%, ao longo da vida. Outro estudo mostrou prevalências variando entre menos de 3% (São Paulo e Brasília) e 10% (Porto Alegre). Entre os pacientes que consultam na Atenção Primária à Saúde (APS) a prevalência pode ser maior.

Em uma das pontas do espectro, a depressão nada mais é do que a inescapável tristeza da vida, desencadeada por perdas, desapontamentos ou isolamento social; nessas circunstâncias, talvez a tristeza seja uma experiência necessária, porque convida à reflexão e ao autoexame, e, talvez, ao auto perdão e à cura. Na outra ponta, a depressão pode ser uma doença devastadora, associada a grande comprometimento funcional, da saúde física e do bem-estar, podendo, inclusive, ser fatal.

A maioria dos casos de depressão deve ser manejada na APS, por meio de intervenções psicossociais e tratamento medicamentoso, quando indicado. Muitas vezes as pessoas apresentam sintomas que se encontram abaixo do limiar para o diagnóstico, mas que comprometem sua funcionalidade, e que geram dúvidas em relação a melhor abordagem diagnóstica e terapêutica.

Como Diferenciar (Instrumentos de avaliação)

1. Composite International Diagnostic Interview (CIDI): é uma entrevista diagnóstica, desenhada para entrevistadores leigos treinados, que não tenham nenhuma experiência em diagnóstico de transtornos depressivos.
2. PHQ-9 para rastreamento de episódios de depressão maior.

Situações em que se deve suspeitar de depressão:

1. Paciente se apresenta com quadro sugestivo (tristeza ou falta de esperança).
2. Quadro não específico que pode estar associado a depressão (exemplos: cansaço, perda de libido ou sintomas físicos sem explicação médica).



3. Fatores de risco:

- a) Doença crônica (diabetes, câncer)
- b) Doença aguda grave recente (AVC, IAM)
- c) Mulher no período puerperal
- d) Estressor social (desemprego, separação)
- e) Falta de apoio social
- f) Uso de álcool ou outras drogas
- g) Idade avançada
- h) História familiar de depressão
- i) Episódio prévio de depressão

Teste das duas questões para rastrear depressão

Durante o último mês você:

- 1. se sentiu incomodado por estar para baixo, deprimido ou sem esperança? Ou
- 2. se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?

Sensibilidade 96%; especificidade 67%

Se resposta positiva para pelo menos uma das perguntas acima, fazer a pergunta seguinte aumenta a especificidade para 89%:

3. Isso é algo a respeito do qual você gostaria de ajuda - se não hoje, talvez algum outro dia?

Se a resposta for NÃO: interrompa a investigação. Se sintomas, realize o diagnóstico diferencial. Se sofrimento mental inespecífico, sem fechar critério para transtorno mental, considere implementar intervenções psicossociais (*).

Se a resposta for SIM:

Avalie os critérios diagnósticos para depressão através das seguintes questões:

Questão sugerida	Critério para pontuar
Você tem se sentido triste?	Humor deprimido na maior parte dos dias quase todos os dias.
Você tem perdido interesse nas atividades diárias?	Diminuição importante do interesse ou do prazer em quase todas as atividades, a maior parte do dia, quase todos os dias.
Você tem tido dificuldade para dormir?	Insônia ou hipersonia, quase todos os dias.
O seu apetite ou peso mudou?	Mudança substancial no apetite quase todos os dias ou perda de peso não intencional (p.ex., 5% ou mais de mudança em 1 mês).



Você tem tido menos energia?	Cansaço ou perda de energia quase todos os dias
Você tem estado mais inquieto ou mais parado?	Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias
Você tem tido dificuldade para se concentrar?	Diminuição da capacidade de se concentrar ou indecisão quase todos os dias.
Você tem se sentido culpado? Como você se descreveria para alguém que nunca encontrou antes?	Sentimento de inutilidade ou de culpa excessiva quase todos os dias.
Você já desejou não acordar na manhã seguinte?	Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio.

Classifique a gravidade do episódio, levando em conta o comprometimento das atividades no trabalho ou em casa:

Classificação da gravidade da depressão	
Sintomas depressivos subliminares	Menos de 5 sintomas.
Episódio leve	Pelo menos 5 sintomas, com pequeno comprometimento funcional.
Episódio moderado	Pelo menos 5 sintomas, com comprometimento funcional entre leve e grave.
Episódio grave	A maioria dos sintomas estão presentes; grande comprometimento funcional; com ou sem sintomas psicóticos.

Leve em conta:

- O grau de comprometimento funcional e/ou deficiência associados: casos de depressão sem grande comprometimento funcional são classificados como episódio leve; se comprometimento significativo, pode ser episódio moderado ou grave;
- A duração do episódio: para preencher critérios de depressão, os sintomas devem estar presentes por pelo menos 2 semanas.
- Geralmente, quanto mais recentes os sintomas, maior a resposta às intervenções terapêuticas e menor o comprometimento social. Mesmo os sintomas depressivos subliminares podem ser altamente comprometedores se prolongados.



- Explore como as seguintes situações podem ter afetado o desenvolvimento, o curso e a gravidade da depressão:
- História de episódios depressivos no passado. Os episódios iniciais costumam ter claro fator desencadeante e responder melhor ao tratamento. Episódios subsequentes muitas vezes não têm um desencadeante claro e podem ter pior resposta terapêutica. Episódios recorrentes são indicação de manutenção do tratamento com antidepressivo por tempo mais prolongado;
- Comorbidades em saúde mental. São especialmente comuns comorbidade com transtornos de ansiedade e com dependência química. A comorbidade em saúde mental está associada à doença mais grave e persistente e ao maior prejuízo funcional;
- Comorbidades com doenças físicas. Atentar para problemas crônicos de saúde. Estar atento especialmente para a presença de sintomas dolorosos, que podem ser mais intensos em pessoas com depressão;
- Respostas a tratamentos anteriores. Saber o que funcionou ou não funcionou no passado ajuda na elaboração do plano terapêutico. É importante também saber as doses das medicações que foram usadas, pois uma medicação pode não ter sido eficaz simplesmente por ter sido usada em dose inferior à adequada;
- Qualidade das relações interpessoais. Conflitos interpessoais podem ser causa do episódio depressivo ou podem ser agravados pela depressão. Pessoas próximas podem servir como rede de apoio para auxílio no tratamento;
- Condições de vida e isolamento social. Condições de vida desfavoráveis e isolamento social provocam ou agravam a depressão, que por sua vez aumenta o isolamento social. Isso pode constituir um ciclo vicioso, que deve ser considerado no plano terapêutico.
- Uso de ferramentas como genograma e ecomapa podem ser muito úteis para explorar a história familiar, as relações na família e o acesso à rede de apoio.

Possibilidades de Tratamento

Para quadros considerados como tristeza fisiológica, temos algumas opções com impacto significativo:

1. Escuta qualificada e seguimento continuado: permitir que a pessoa exponha suas inquietações, fazer uma boa escuta, e o seguimento continuado para todos, mas especialmente nos casos moderados ou graves;
2. Consulta com Psicólogo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF;
3. Grupos na UBS – Grupos Hiperdia, Grupos de atividade física e, em especial a Terapia Comunitária Integrativa;
4. Clínico medicamentoso:

É importante ao iniciar o tratamento informar ao paciente sobre vários aspectos. Essas informações englobam a natureza médica da doença, as possibilidades de tratamento, tempo para o início da resposta, possíveis efeitos colaterais e sua remissão de acordo com o passar das semanas de tratamento.



Medicamentos disponíveis na cesta básica do Município de Londrina:

- **Amitriptilina 25mg** - antidepressivo tricíclico, com efeito sedativo obstipação intestinal, favorece o ganho de peso por aumento do apetite. Não recomendado para idosos e cardiopatas. Faixa terapêutica entre 75 e 300mg.
- **Clomipramina 25mg** – antidepressivo tricíclico, com efeito sedativo, efeito hipotensor postural importante. Evitar em pacientes cardíacos, crianças e idosos. Faixa terapêutica entre 75 e 250mg.
- **Fluoxetina 20mg** – antidepressivo inibidor seletivo da recaptção da serotonina - ISRS, sucesso na década de 1990, reduz o apetite, boa opção para casos de depressão leve ou moderada. Anorexígeno, uso cauteloso em idosos. Faixa terapêutica entre 20 e 80mg.
- **Sertralina 50mg** – antidepressivo ISRS, mais moderno, opção de escolha para idosos e gestantes. Faixa terapêutica entre 50 e 200mg.
- **Imipramina 25mg** – primeiro antidepressivo tricíclico, lançado em 1957. Efeito sedativo, obstipação intestinal, favorece o ganho de peso por aumento do apetite. Apresenta indicação para tratamento de enurese noturna. Pouco usado hoje em dia.
- **Nortriptilina 25mg** – antidepressivo tricíclico, com efeito sedativo, obstipação intestinal, favorece o ganho de peso por aumento do apetite. Dentre os tricíclicos, o mais recomendado para idosos. Faixa terapêutica entre 50 e 150mg.
- **Diazepam 5mg** – benzodiazepínico com efeito calmante muito utilizado para o tratamento da ansiedade, da insônia e dos ataques de pânico. Envolve um alto risco de abuso e dependência. Sua administração deve ser pontual, controlada e em intervalos definidos.

Outras opções de tratamento que podem ser utilizadas e que não estão disponíveis são:

- Paroxetina: podendo ser usada na faixa terapêutica entre 20 e 60mg
- Citalopram: na faixa terapêutica entre 20 e 40mg
- Escitalopram: na faixa terapêutica entre 10 e 20mg
- Venlafaxina: na faixa terapêutica entre 75 e 300mg
- Desvenlafaxina: na faixa terapêutica entre 50 e 100mg
- Duloxetina: na faixa terapêutica entre 60 e 120mg

Ao prescrever algum antidepressivo é importante avaliar o risco de interação com alguma outra medicação que o paciente possa já estar fazendo uso descrito a seguir de acordo com a classe medicamentosa:

- Antidepressivo Tricíclico: pode haver aumento dos níveis plasmáticos se estiver fazendo uso de Betabloqueadores. Os níveis de amitriptilina aumentam com uso de verapamil e diltiazem. Deve-se monitorar cuidadosamente o INR. A meia-vida do dicumarol é aumentada com uso de amitriptilina e nortriptilina. Deve-se tomar cuidado com episódios de hipoglicemia principalmente com a associação com sulfonilurías. Os anticonvulsivantes podem interferir nos níveis plasmáticos dos tricíclicos como a Carbamazepina e os Barbitúricos que



diminuem em até 60% enquanto os tricíclicos aumentam os níveis de carbamazepina.

- Antidepressivo ISRS: aumentam os níveis de betabloqueadores e bloqueadores de canais de cálcio. Há aumento dos níveis séricos de varfarina. Pode haver risco de intoxicação por fenitoína, carbamazepina e valproato. Sertralina em altas doses diminui os níveis de carbamazepina. Os níveis dessa classe são aumentados com uso de antifúngicos.
- IMAO: nessa classe a principal interação é com a Tranicilpromina cujas interações são aumento dos níveis séricos de betabloqueadores, aumento da sedação de fenobarbital, potencialização dos hipoglicemiantes, aumento dos níveis de sulfonamidas.
- Ação dupla (IRSN): a principal interação é com os digitálicos potencializando seu efeito.

Fitoterápicos: a erva-de-são-joão é superior ao placebo e de eficácia semelhante aos antidepressivos no tratamento da depressão. Também tem menos efeitos colaterais se comparada aos antidepressivos-padrão. Dar atenção especial as interações medicamentosas que são muitas.

Efeitos colaterais:

- Tricíclicos: tremores finos, insônia, agitação, sonolência e sedação excessiva, impotência, boca seca, íleo paralítico, constipação, retenção urinária, taquicardia, hipotensão ortostática, distúrbios de condução, sudorese excessiva, morte súbita.
- ISRS: diarreia, vômitos, dispepsia e náusea são os sintomas mais frequentes. Agitação, pânico, insônia, disfunções sexuais. Distonia, acatisia e tremores são comuns com uso da Fluoxetina.
- IMAOs: insônia, irritabilidade, agitação, conversão de depressão inibida em ansiosa ou agitada, boca seca, ejaculação precoce, constipação, impotência, síndrome hipertensiva, hepatotoxicidade, hipotensão ortostática, síndrome lúpus-like.
- Ação dupla (IRSN): cefaleia, tontura, boca seca, sonolência ou insônia, sudorese, constipação, anorexia, nervosismo e disfunções sexuais. O sintoma mais comum é a náusea. Contudo em doses elevadas da venlafaxina pode ocasionar hipertensão arterial, insônia e agitação.

Encaminhar ao Centro de Atenção Psicossocial – CAPS os casos graves e os refratários ao tratamento.

É importante lembrar que o sofrimento é uma condição inerente à experiência humana. A medicalização das emoções é um fenômeno atual do qual o médico precisa proteger as pessoas e a si mesmo.

Erros Comuns

Rotular ou aceitar precocemente o rótulo de depressão sem explorar o



contexto do sofrimento.

Manter e renovar continuamente prescrições de ansiolíticos e de antidepressivos sem aproveitar para rever a indicação, os sintomas iniciais, os benefícios e malefícios do uso desses medicamentos.

Atender repetidas vezes pessoas com dores crônicas vagas e mal-estar sem usar o tempo para aprofundar esse sofrimento.

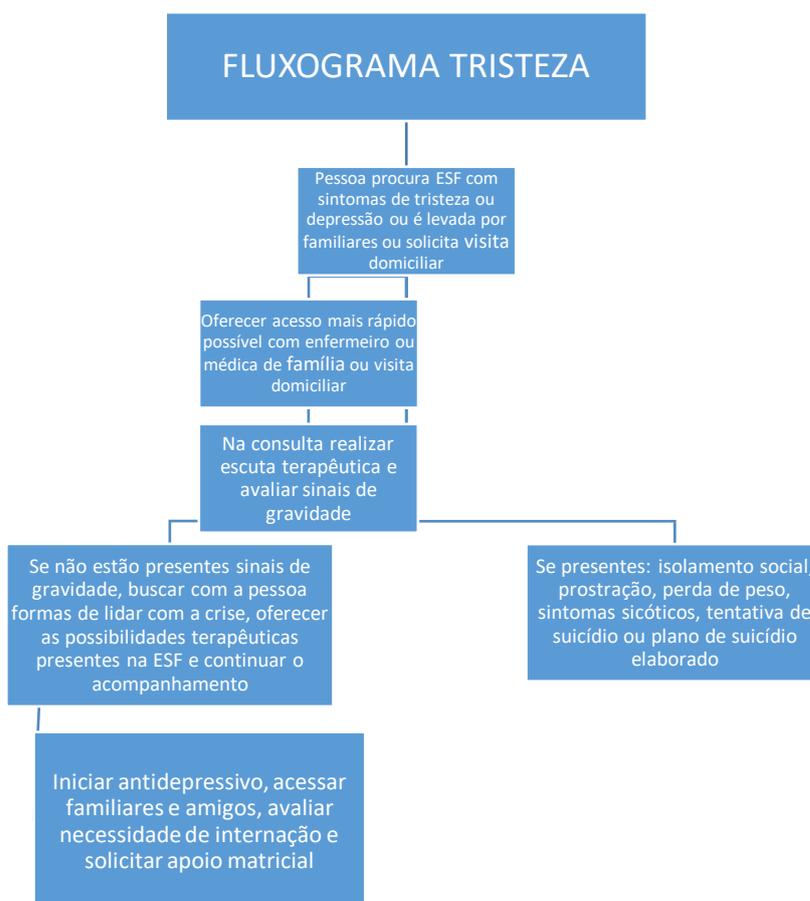
Iniciar antidepressivos sem haver aprofundado minimamente os sintomas e o contexto de sofrimento.

Evitar oferecer o antidepressivo como uma opção terapêutica.

Naqueles casos que o antidepressivo foi introduzido como opção terapêutica, utilizar uma dose inadequada ou insuficiente para a melhora dos sintomas.

Não solicitar apoio de outros profissionais da UBS ou do NASF para situações graves, ou que não apresentaram melhora esperada.

Não conversar sobre suicídio nos casos moderados e graves.





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais** – 3. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2019.

Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Organizadores, Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes, Lêda Chaves Dias; Lêda Chaves Dias]. – 2. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2019.

Guia de Referência Rápida – **Depressão** – Prefeitura do Rio de Janeiro – 2013.

Classificação Internacional da Atenção Primária – **CIAP2** – Comitê Internacional de Classificação da WONCA – 2ª Ed. – Florianópolis, 2009.

Curso de Saúde Mental Psicoses – Diagnóstico. Núcleo de Telessaúde Técnico-Científico do Rio Grande do Sul Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia - PPGEPI Faculdade de Medicina – FAMED. Ano.

Chaves, A. C. Manual de Psiquiatria Clínica. Manual do Residente Da Universidade Federal de São Paulo. Unifesp

GUSSO, G. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2019.

DSM-V. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais , 5ª edição. Ed. Artmed, 2014

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças com disquete Vol. 1. Edusp, 1994.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais, 2ª edição, Porto Alegre, 2008

GOUVEA, E. S. et al. Primeiro Episódio Psicótico: Atendimento de Emergência. Artigo de Atualização. Revista Debates em Psiquiatria – ABP - Nov/Dez 2014. Disponível em: . Acesso em 19 Dezembro 2019

<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/Diretrizes%20Clinicas%20em%20saude%20mental.pdf> pedir ajuda pra Bia

<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/saude-mental/protocolos-da-raps/9203-psicoses-agudos-e-transitorias/file>

TROIS, I. M., Barros, R. T. D., & Pacheco, M. A. (2016). Psicose: diagnóstico e manejo inicial. *Acta méd.(Porto Alegre)*, 37, 7-7.

GUSSO, G; LOPES, J.M.C.; DIAS, L.C.-Tratado de Medicina da Família e Comunidade/Princípios, Formação e Prática 2ª ed, vol II ed Artmed cap 243-Problemas Relacionados ao Consumo de
Álcool.

Substâncias Psicoativas e seus Efeitos/EixoPolíticas e Fundamentos/Portal de Formação a distância, sujeitos, contexto e drogas_
<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094213-001.pdf>



Critérios diagnóstico:CID-10 E DSM/EixoPolíticas e Fundamentos/Portal de Formação a distância, sujeitos, contexto e drogas <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201704/20170424-094920-001.pdf>

Adaptado de Goldberg, D et al, Psychiatry in Medical Practice, Routledge, 2008, p.8.

Livro-Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentas- Paulo Dalgalarrodo, 3º ed – Porto Alegre Artmed, 2019-atualizado de acordo com DSM V e CID 11.

CHEIK, N.C.; REIS, I. T.; HEREDIA, R. A. G.; VENTURA, M. L.; TUFIK, S.; ANTUNES, H. K. M.; MELLO, M. T. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. R. bras. Ci. e Mov. 2003; 11(3): 45-52.

Regulação emocional em psicoterapia- Um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental, RobertL.Leahy, Dennis tirch, Lisa A.Napolitano ,ed Artmed,2013.

Cevada, T., Cerqueira, L., Moraes, H., Santos, T., Pompeu, F., & Deslandes, A. (2012). Relationship between sport, resilience, quality of life, and anxiety. Archives of Clinical Psychiatry, 39(3), 85-89. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000300003>

Menegatti Chequini, M C, A relevância da espiritualidade no processo de resiliência -dissertação de mestrado Psic. Rev. São Paulo, volume 16, n.1 e n.2, 93-117, 2007.

ARAÚJO, C. A. (2006). Novas ideias em resiliência. Revista Hermes, n. 11, pp. 85-95. (2009). “A Resiliência”. In: SPINELLI, M.R. Introdução a Psicossomática. Florianópolis, SC, Editora Atheneu.

RODRÍGUEZ, D. H. (2005). “O humor como indicador de resiliência”. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. (orgs.). Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed.

BÍBLIA. (s/d). Tradução de João Ferreira de Almeida. Rio de Janeiro: Sociedade Bíblica do Brasil.

VANISTENDAEL, S.; LECOMTE, J. (2008). “Resiliencia y Sentido de Vida”. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S.; RODRÍGUEZ, D. (org.). Resiliência y Subjetividad. Buenos Aires: Paidós.

GOMES, A. et al (2010). - Hábitos alimentares, atividade física e estado nutricional em doentes com depressão. Promoção da Saúde e Atividade Física: Contributos para o Desenvolvimento Humano, Vila Real: UTAD. p. 248-256. ISBN 978-972-669-969-9.

LAKHAN, S. E.; VIEIRA, K. F. Nutritional therapies for mental disorders. Nutr. Journal, Los Angeles, v.7, n.2, jan. 2008.

NOBRE,R.R ,NUTRIÇÃO APLICADA AO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO-Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Anhanguera de São Paulo, Osasco 2017

<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>

CIAP Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2) / Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA (Associações Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família, mais conhecida como Organização Mundial de Médicos de Família) ; Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição, Gustavo Diniz Ferreira Gusso. – 2. ed. – Florianópolis : Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.



Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências, para o acolhimento e o tratamento de transtornos de ansiedade generalizada. Sistema Único de Saúde Estado de Santa Catarina, 2015.

Diretrizes Clínicas em Saúde Mental. Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo. 1ª edição Vitória – ES 2018.

TelessaúdeRS-UFRGS. Ansiedade. Porto Alegre, 2017.

Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Paulo delgalarrondo 3ª edição.

Tratado de medicina de Família e Comunidade [recurso eletrônico]: princípios, formação e prática / Organizadores, Gustavo Gusso, José Mauro Ceratti Lopes. – Dados eletrônicos. - Porto Alegre : Artmed, 2012.

Protocolo Municipal de Fitoterapia – Londrina-PR.

DSM – 5.

<https://ead.unasus.ufcspa.edu.br/mod/scorm/player.php?a=3958¤torg=&scoid=17835&sesskey=slZiZcjCIB&display=popup&mode=normal> – acesso

07/08/19

Inca

Gusso Tratado de Medicina de família e comunidade

Duncan Medicina ambulatorial

Caderno de Atenção Básica nº 40

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.

APPOLINÁRIO, José Carlos; CLAUDINO, Angélica M. Transtornos alimentares. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, p. 28-31, 2000.

ESPÍNDOLA, Cybele Ribeiro et al. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. **Rev Psiquiatr RS**, v. 28, n. 3, p. 265-75, 2006.

ESPÍNDOLA, Cybele Ribeiro et al. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. **Rev Psiquiatr RS**, v. 28, n. 3, p. 265-75, 2006.

DE ABREU GONÇALVES, Juliana et al. Transtornos alimentares na infância e na adolescência. **Revista paulista de pediatria**, v. 31, n. 1, p. 96-103, 2013.

Sim LA (expert opinion). Mayo Clinic, Rochester, Minn. Jan. 31, 2018.