

Seção 4

Diretrizes clínicas

Parte

1

Diretrizes de abordagem psicoterápica na atenção básica

1.1 | Aspectos gerais

Os profissionais que atuam em serviços de Atenção Básica de saúde frequentemente interagem com uma clientela que procura a unidade com queixas físicas sem, no entanto, apresentarem uma condição orgânica que justifique essas queixas. Uma escuta cuidadosa dessa clientela revela que essa sintomatologia está simbolizando, na maioria dos casos, uma questão de ordem social, psicológica, econômica ou familiar com a qual o cliente não está conseguindo lidar no momento, necessitando de auxílio profissional para o manejo da crise que se instala a partir de sensação de incapacidade de tratar seus problemas. O fato de sentir-se ouvido, compreendido e respeitado em suas necessidades psicossociais cria o sentimento de autoconfiança, estimulando a autocompetência do cliente para a exploração de seus problemas e para encontrar possíveis soluções para eles. Estamos falando da atuação do profissional de saúde como instrumento terapêutico. Sabemos que a relação profissional de saúde-cliente constitui-se em um poderoso instrumento de intervenção clínica que pode promover mudanças. O relacionamento terapêutico fundamenta-se no respeito mútuo, na aceitação das diferenças, num acolher o outro como ele é, sem rotulá-lo, considerando sua individualidade e ajudando-o a perceber a realidade para caminhar numa direção mais positiva. A seguir, descreveremos duas técnicas bastante simples de intervenção psicoterápica que podem ser aplicadas por qualquer profissional de saúde, sem muitas dificuldades.

1.2 | Tratamento de apoio à crise

Quando os pacientes estão consumidos por eventos estressantes ou circunstâncias adversas, fala-se que estão em crise e a ajuda fornecida a eles é comumente chamada de intervenção de crise. Esse tipo de intervenção é geralmente utilizado para aliviar o sofrimento durante um curto episódio de doença ou desgraça pessoal ou nos estágios iniciais do tratamento, antes que medidas específicas possam ser instituídas, por exemplo, o período em que o paciente aguarda o atendimento em um serviço de saúde mental ou o efeito mais consistente de um medicamento psiquiátrico (ex.: antidepressivo). A terapia de apoio é utilizada também para dar suporte a alguém que tenha uma condição médica ou psiquiátrica que não pode ser tratada ou problemas de vida que não podem ser resolvidos totalmente. Os procedimentos básicos do tratamento de apoio consistem em:

- promover um relacionamento terapêutico de confiança;
- ouvir as preocupações dos pacientes;
- promover a recordação de eventos traumáticos;
- encorajar a expressão das emoções;
- identificar e estimular qualidades não desenvolvidas;
- melhorar o estado de espírito;
- encorajar a autoajuda;
- dar informações e explicações úteis;
- avaliar a necessidade de introduzir uma medicação por período curto para reduzir a ansiedade e promover o sono.

As sessões de terapia de apoio geralmente são breves, duram aproximadamente 15 minutos e inicialmente são de frequência semanal. Com o passar do tempo, as sessões poderão ser espaçadas e uma proposta de alta do atendimento poderá ser combinada com o paciente, deixando retornos em aberto, quando necessário.

O encaminhamento para serviços de saúde mental pode ser considerado caso não se observe melhora do paciente após as medidas de apoio terem sido instituídas na unidade básica de saúde. É muito comum que profissionais de saúde encaminhem pacientes para a psicologia por não se sentirem preparados para ouvir seu pacientes e instituir as orientações descritas ou por puro comodismo, justificando que não há tempo para esse tipo de atendimento no nível primário de atenção. Observamos, na prática, que profissionais legitimamente interessados em ajudar seus pacientes

organizam o processo de trabalho e a demanda da clientela assistida para planejar uma escuta humanizada. Deficiências na formação profissional ou mesmo dificuldades pessoais podem ser superadas se houver uma supervisão regular de profissionais de saúde mental no nível primário de atenção, por exemplo, pelo matriciamento. Encaminhamentos para a psicologia devem ser restritos aos casos mais graves, de difícil manejo da relação profissional de saúde-paciente, por exemplo, pacientes que apresentam atuação repetitiva de condutas de risco para si e para terceiros. Outras situações se referem a pacientes que burlam constantemente as ofertas de tratamento ou que apresentem algum conflito de natureza subjetiva evidente e cujo conteúdo tenha que ser estudado por mais tempo e em maior profundidade, por exemplo, na situação de abuso sexual ou ideação persistente de autoextermínio. Assim, pense sempre duas vezes antes de encaminhar casos para atendimento psicológico!

1.3| Técnicas de resolução de problemas

O objetivo desse tratamento é ajudar os pacientes a resolver problemas estressantes e a fazer mudanças em suas vidas. Podem ser utilizados para problemas que precisem de uma decisão, por exemplo, se um casamento deve ser interrompido, se uma mudança de trabalho deve ser realizada. Também é usada para situações que necessitem de ajustamento a novas circunstâncias como luto ou descoberta de uma doença terminal. Pode também ser utilizada para ajudar a pessoa a mudar, desistindo de uma maneira de viver insatisfatória e adotando outra mais saudável, por exemplo, como parte do tratamento da dependência química. Os procedimentos básicos da técnica de resolução de problemas consistem em:

1. uma **lista de problemas** é feita pelo paciente com a ajuda do terapeuta, que ajuda o primeiro a definir o problema e a separar seus vários aspectos;
2. o **paciente escolhe** um desses problemas para resolver;
3. o paciente é auxiliado a relacionar **meios alternativos de ação** que poderiam solucionar ou reduzir o problema. Os cursos de ação devem ser especificados, indicando o que deve ser feito e como o sucesso será avaliado;
4. o **paciente é estimulado a avaliar os prós e os contras** de cada plano de ação e escolher o mais promissor;
5. o paciente tenta **colocar em prática** o curso de ação escolhido para o problema selecionado;

6. os **resultados** da experiência são avaliados. Se tiverem sido bem-sucedidos, outro problema é escolhido para ser resolvido. Se o plano não tiver caminhado bem, a tentativa é revista construtivamente pelo paciente e pelo terapeuta para decidir como aumentar as chances de sucesso da próxima vez. A falta de sucesso não é vista como um fracasso pessoal, mas como uma oportunidade de aprender mais.

Sessões desse tipo duram cerca de 30 minutos e o número geralmente varia de quatro a oito, de acordo com a complexidade do problema, devendo ser conduzidas semanalmente. O importante, na aplicação clínica dessa técnica, é que os pacientes sejam encorajados a buscar uma solução para seus próprios problemas e não ajam a partir de conselhos oferecidos pelos profissionais de saúde. Afinal de contas, as repercussões das decisões tomadas devem ser de responsabilidade dos próprios pacientes. Nosso objetivo, como profissionais de saúde, é estimular a autorreflexão e a tomada de decisões de forma mais consciente por parte do paciente na direção da maior autonomia possível. Não somos nós que devemos resolver os problemas dos outros, mas podemos colaborar para facilitar o processo de mudança das pessoas!

Parte 2

Diretrizes gerais de abordagem das somatizações, síndromes depressivas e síndromes ansiosas

As doenças psiquiátricas mais prevalentes na Atenção Básica são:

- Somatizações
- Transtornos depressivos e transtornos ansiosos

2.1| Somatizações

Alguns sintomas físicos ocorrem sem qualquer causa física e, nesses casos, suspeita-se de uma causa psicológica. A maioria deles é breve e está relacionada a situações de estresse, havendo remissão espontânea ou após uma explicação de sua origem efetuada pelo profissional de saúde. Na minoria dos casos, esses sintomas persistem e podem comprometer bastante a qualidade de vida das pessoas. Transtornos ansiosos e depressivos podem estar presentes e, por isso, devem ser sempre pesquisados. Veja no fluxograma a seguir a abordagem das somatizações.

Fluxograma 1 - Abordagem das somatizações

Descarte uma doença orgânica com base em: história clínica, exame físico e exames complementares.

Se não for identificada doença orgânica, ou não houver melhora após tratamento usual, pergunte sobre problemas de vida e situações de estresse:

- Família: houve perdas recentes por morte ou afastamento, término de relações, início de relações, crises familiares de qualquer natureza?
- Vida profissional: houve perda ou ameaça de perda do emprego, início de novo emprego, mudança das atribuições profissionais, queda ou expectativa de queda nos rendimentos, questões afetivas de qualquer natureza no ambiente profissional?
- Social: mudança de grupos sociais, mudança de endereço, queda ou ascensão no nível social?
- Saúde: houve o surgimento de doenças, a realização ou expectativa de cirurgia no paciente ou em algum familiar, acidentes, ocorrências traumáticas de qualquer natureza?

Pesquise sintomas típicos de **depressão** (humor deprimido persistente, baixa energia, perda de interesse pelas coisas que antes davam prazer, inibição psicomotora, ideação suicida) e ansiedade (tensão, preocupações excessivas, sudorese frequente, palpitações, aperto no peito, vertigens, insônia, medos infundados de coisas ou lugares).

Nunca diga que o paciente não tem nada!

Se ele não apresenta doença orgânica evidente, ele deve estar com algum sofrimento emocional.

Tranquelize-o esclarecendo que sintomas somáticos são frequentes e podem ser a expressão de um problema emocional.

Estabeleça possíveis ligações entre aspectos de vida recente e a presença dos sintomas somáticos. Nos casos mais complicados, agende consultas regulares para este fim.

Prescreva atividade física regular, exercícios de relaxamento respiratório (em ambiente calmo, executar inspirações e expirações profundas por cerca de 10 minutos duas ou três vezes ao dia).

Quando presentes, trate da depressão e da ansiedade, e prescreva antidepressivos, se os sintomas forem graves e incapacitantes.

Não prescreva benzodiazepínicos por prazo superior a duas semanas. Esse grupo de medicamentos é a primeira escolha nos casos de ansiedade aguda e deve ser usado apenas por poucos dias: há risco de dependência química.

Fonte: adaptado de PATEL, 2003.

2.2 | Transtornos depressivos e transtornos ansiosos

Critérios para uso de antidepressivos nos casos de depressão e ansiedade:

Depressão

- Humor deprimido / perda de interesse e prazer / fadigabilidade aumentada (dois desses sintomas e pelo menos mais dois sintomas acessórios); pelo período mínimo de duas semanas .
- Gravidade: apresentando dificuldade considerável em continuar com atividades sociais / laborativas / domésticas e sofrimento subjetivo intenso.;

Considerar abordagens psicossociais para os quadros depressivos leves e de início recente.

Ansiedade

Presença de sintomas ansiosos graves: que gerem sofrimento intenso e/ou dificuldade considerável em continuar com atividades sociais, laborativas ou domésticas:

- por um período mínimo de quatro semanas;
- os quadros ansiosos com evidência de resposta à medicação: ansiedade generalizada, transtorno de pânico, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo;
- quadros com baixa evidência de resposta medicamentosa: fobia simples.

2.3 | Abordagem farmacológica dos transtornos depressivos e ansiosos

1. Antidepressivos usualmente padronizados na rede pública:

Tricíclicos (TC):

- Amitriptilina – 25 e 75 mg;
- Imipramina – 25 e 75 mg;
- Clomipramina – 10, 25 e 75 mg;
- Nortriptilina – 10, 25 e 50 mg.

2. Opções recomendadas em caso de contraindicação dos TCs (principalmente devido a problemas cardiovasculares), intolerância aos efeitos colaterais ou baixa resposta aos TCs. Podem ser manipulados e usualmente não disponíveis na rede pública:

Inibidores de recaptura de serotonina (IRS):

- Fluoxetina - 20 mg,
pacientes jovens, sem comorbidade clínica ou uso de outras medicações.
- Sertralina - 25, 50, 100 mg,
pacientes idosos;
- Citalopram – 20 mg,
pacientes portadores de hepatopatias ou em uso de várias medicações clínicas.

3. Antidepressivos de outras classes farmacológicas:

- Bupropiona – 150 mg,
pacientes com intolerância aos efeitos colaterais do IRS;
- Mirtazapina – 30 mg,
portadores de cardiopatias e idosos com quadros de ansiedade e insônia.

Orientações gerais para o uso de antidepressivos:

1. Geralmente a monoterapia com antidepressivos é a única medicação necessária.
2. Todos os antidepressivos apresentam eficácia similar, o que os diferencia é basicamente o perfil dos efeitos colaterais e segurança.
3. Para a seleção da droga, avalie história prévia do uso de antidepressivos e utilize aquele ao qual o paciente obteve boa resposta.
4. Caso já tenha usado um grupo farmacológico sem boa resposta (ex.: tricíclico), prescreva um antidepressivo de outro grupo farmacológico (ex.: inibidor de recaptura de serotonina).
5. Realizar avaliação cardiológica de todos os pacientes com 50 anos ou mais e todos que tenham alguma suspeita de cardiopatia.
6. Lembrar que todos os antidepressivos possuem também alguma ação ansiolítica. O tratamento dos quadros ansiosos geralmente exige doses mais baixas que para o tratamento dos quadros depressivos.

7. Doses terapêuticas para tratamento dos quadros de depressão:
- Amitriptilina, imipramina e clomipramina (75 mg/dia - 225 mg/dia);
 - Nortriptilina (50 a 150 mg/dia);
 - Fluoxetina (20 a 80 mg/dia);
 - Sertralina (50 a 200 mg/dia);
 - Citalopram (20 a 60 mg/dia);
 - Bupropiona (150 a 300 mg/dia);
 - Mirtazapina (30 a 45 mg/dia).

Considere dose mínima para o início do tratamento dos **quadros ansiosos**:

- TC (25 mg/dia);
- IRS (fluoxetina, 10 mg/dia, e sertralina, 25 mg/dia).

8. Concentre as doses dos TCs à noite e dos IRS pela manhã.;
9. Os efeitos clínicos significativos da ação dos antidepressivos costumam ser mais evidentes a partir da terceira ou quarta semanas após o início do tratamento.;
10. Não troque de medicação a cada visita, oriente o cliente sobre o mecanismo de funcionamento da droga e, se necessário, reveja a posologia a cada quatro semanas até melhora significativa dos sintomas.;
11. Após redução significativa dos sintomas:
- Se primeiro episódio - mantenha a prescrição por pelo menos seis meses;
 - Se segundo episódio - mantenha a medicação por dois anos;
 - Se terceiro episódio - considerar o uso para a vida toda (nestes casos, solicite parecer do psiquiatra).

Parte 3

Diretrizes para abordagem da abstinência alcoólica

3.1| Conceito

A cessação da ingestão crônica de álcool ou sua redução pode levar ao aparecimento de um conjunto de sinais e sintomas de desconforto definidos como síndrome de abstinência do álcool (SAA).

3.2| Síndrome de abstinência alcoólica nível I

As manifestações são de grau leve e moderado, e a síndrome pode ser tratada em nível ambulatorial (Quadro 6):

Quadro 6- Correlação entre sinais de sintomas na síndrome de abstinência alcoólica e tratamento nível I

Sintomas	Tratamento
• Orientação no tempo e no espaço; • juízo crítico da realidade preservado; • ansiedade leve; • agitação psicomotora discreta; • tremores finos de extremidades; • sudorese discreta; • náuseas sem vômitos; • sem complicações	Cuidados gerais: Esclarecer o paciente e os familiares sobre a síndrome de abstinência alcoólica. Monitorar por quatro semanas a cada três ou cinco dias; Contraindicar condução de veículo. Indicar dieta leve e hidratação adequada via oral; Recomendar repouso relativo Aconselhar supervisão familiar Encaminhar para emergência hospitalar se houver rebaixamento do nível de consciência e/ou desorientação no tempo e no espaço. Farmacoterapia: Tiamina: 100 mg IM/dia nos primeiros três dias, e tiamina, 300 mg VO, nas quatro semanas seguintes. Diazepam, 20 a 40 mg VO/, divididos em três tomadas ou Lorazepam (se hepatopatia): 4 a 8 mg VO/dia, divididos em três tomadas por sete dias; A partir da segunda semana, reduzir gradativamente os sedativos.

Fonte: adaptado de LARANJEIRA, 2000.

3.3| Síndrome de abstinência alcoólica nível II

Trata-se de situação (delirium tremens) que pode ser potencialmente letal. O tratamento deverá ser efetuado, preferencialmente, em âmbito hospitalar (Quadro 7).

Quadro 7 - Correlação entre sinais de sintomas na síndrome de abstinência alcoólica e tratamento nível II

Sintomas	Tratamento
• Rebaixamento do nível de consciência; • desorientação no tempo e espaço; • comprometimento do juízo crítico da realidade – ideação delirante; • alucinações auditivas, visuais e táteis; • ansiedade intensa; • agitação psicomotora grave; • tremores grosseiros de extremidades; • sudorese profusa; • vômitos; • pode haver complicações clínicas ou neurológicas (investigar).	Cuidados gerais: Esclarecer os familiares sobre a síndrome de abstinência alcoólica. Prescrever dieta leve (se nível de consciência preservado) ou jejum (confusão mental); Prescrever repouso absoluto. Realizar contenção no leito se agitação intensa; redução do estímulo audiovisual; manter luzes acesas; Fazer monitorização rigorosa dos dados vitais, glicemia, eletrólitos, enzimas hepáticas e hidratação parenteral. Farmacoterapia: Tiamina: 300 mg IM/dia nos primeiros sete dias e Tiamina 300 mg VO, nas quatro semanas seguintes. Dobrar a dose se houver suspeita de síndrome de Wernicke: confusão mental, ataxia e nistagmo. Diazepam: 10 a 20 mg VO, de hora em hora até sedação leve ou Lorazepam (portadores de hepatopatia): 2 a 4 mg oral de hora em hora até sedação leve. Após o período agudo, estabelecer posologia dos sedativos como no nível I. Caso haja intensa vivência delirante-alucinatória, utilizar haloperidol, 5 mg / dia, VO ou IM, por até sete dias.

Fonte: adaptado de LARANJEIRA, 2000.

3.4| Cuidados com a Síndrome de abstinência alcoólica

O que não fazer:

1. Administrar glicose antes da aplicação da tiamina IM.
Nos casos de intoxicação alcoólica em pacientes usuários crônicos de álcool, a administração de tiamina IM 30 minutos antes da infusão de glicose também deve ser realizada. As células nervosas utilizam a tiamina na metabolização da glicose. A ausência da vitamina em usuários crônicos pode desencadear a encefalopatia de Wernicke.
2. Hidratar indiscriminadamente.
3. Administrar clorpromazina ou hidantoína.
4. Administrar diazepam por via IM ou associado ao soro fisiológico/glicosado

Se a via oral não for possível, aplicar injeção direta e lenta do diazepam (2 mL; 10 mg) + água bidestilada, em dois minutos a fim de evitar o risco de parada respiratória.

Parte 4

Diretrizes gerais para o uso de contenção química

A **contenção química** deve obedecer às seguintes orientações gerais:

1. É desnecessária a utilização da via endovenosa para os procedimentos de sedação em psiquiatria. A via oral deve ser empregada sempre que houver cooperação do paciente. A via intramuscular deve ser a escolhida sempre que for necessária ação farmacológica rápida em pacientes não cooperativos. Os seguintes esquemas de medicação (VO e IM) são usualmente utilizados para pacientes adultos e poderão ser repetidos após 30 minutos da primeira aplicação, caso não tenha havido sedação adequada:

Medicação VO

- Clonazepam – gotas: 2,5 mg / mL (01 gota = 0,1 mg), fazer 40 a 60 gotas VO associado a
- Haloperidol – gotas: 2,0 mg / mL (01 gota = 0,1 mg), fazer 50 a 100 gotas VO.

Medicação IM

- Haloperidol, 01 ampola IM (1 mL; 5 mg) + prometazina, 01 ampola IM (2 mL; 50 mg) ou
- Haloperidol, 01 ampola IM (1 mL; 5mg) + midazolam, 01 ampola IM (3 mL; 15 mg).

2. Em pacientes com quadro de intoxicação alcoólica, há risco mais alto de depressão respiratória, já que o álcool exerce ação depressiva sobre o sistema nervoso central. Nesses casos, a adoção de benzodiazepínicos, como o midazolam, e outros agentes com perfil de sedação deve ser evitada. Um esquema seguro para esses casos seria: haloperidol 01 ampola IM (1 mL; 5mg) com repetição da dose em 30 minutos, se necessário.
3. São necessários cuidados redobrados ao medicar pacientes idosos, pois são mais vulneráveis aos efeitos adversos dos antipsicóticos tradicionais. Assim, metade da dose utilizada em adultos jovens é geralmente suficiente.
4. Em crianças com quadro de agitação psicomotora grave, apenas a contenção física é geralmente suficiente. Se houver necessidade de contenção química em crianças e adolescentes (seis a 12 anos): haloperidol 0,1 a 0,5 mg/kg/dia (máximo de 1,0 mg/kg/dia) VO ou IM.

O haloperidol deve ser evitado em pacientes com epilepsia, depressão de medula e lesões subcorticais, pelo risco aumentado de síndrome neuroléptica maligna.

