

CURITIBA 2014

Linha Guia de Atenção à Saúde Mental



APRESENTAÇÃO

A partir do ano de 2011, a Rede de Atenção à Saúde Mental foi definida como uma das cinco redes prioritárias da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, iniciando-se, assim, o processo de Planejamento Estratégico com a participação de diversos profissionais que possuem interface com a Saúde Mental.

O Planejamento Estratégico estabeleceu a Política Estadual de Saúde Mental, a qual possibilitou muitos avanços na Saúde Mental do nosso Estado, iniciados por meio da expansão no número de pontos de atenção e da educação permanente dos profissionais envolvidos na temática.

Como marco histórico, em abril de 2014, foi realizado o Lançamento Oficial da Rede de Atenção à Saúde Mental do Estado do Paraná. Durante este evento ocorreram Oficinas de Trabalho, além da inauguração de serviços.

O presente documento, intitulado “Linha Guia de Atenção à Saúde Mental”, visa contribuir para a qualificação da Rede, na qual o cuidado das pessoas com sofrimento psíquico se faz por diversos profissionais utilizando a lógica de responsabilidade compartilhada.

Esta Linha inclui o Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas recomendadas cientificamente na literatura atual e sugere mudanças no processo de trabalho, ambos com o objetivo de auxiliar todos os profissionais da saúde a se aproximarem da saúde mental, rompendo com o paradigma de exclusão que acompanha o cuidado destas pessoas e que vem sendo desconstruído desde a Reforma Psiquiátrica.

Esperamos que todos nós consigamos um Estado livre de preconceitos, buscando a qualidade de vida da população paranaense.

Michele Caputo Neto

Secretário de Estado da Saúde do Paraná

Governador do Estado do Paraná Beto Richa

Secretário de Estado da Saúde do Paraná Michele Caputo Neto

Diretor-geral René José Moreira dos Santos

Superintendente de Atenção à Saúde Márcia Cecília Huçulak

Chefe do Departamento de Atenção às Condições Crônicas
Juliano Gevaerd

Coordenação Estadual de Saúde Mental
Rejane Cristina Teixeira Tabuti

Organizadores Rejane Cristina Teixeira Tabuti, Maristela da Costa Sousa, Camila Del Tregio Esteves, Débora de F. Guelfi Waihrich Suelen Letícia Gonçalo

Consultora Maria Emi Shimazaki

Homologação Sociedade Paranaense de Psiquiatria

©2014. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Rua Piquiri, 170 - Rebouças
CEP 20230 140, TEL 41 3330 4300
www.saude.pr.gov.br
Tiragem: 3.000 exemplares
Catalogação na fonte: SESA/ESPP/BIBLIOTECA

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde.

Linha guia de saúde mental. - Curitiba: SESA, 2014. 56 p.

1. Atenção à saúde mental. 2. Atenção primária à saúde. 1. Título.

SUMÁRIO

1_ A Rede de Atenção à Saúde Mental no Paraná.....	06
1.1_ Regulação do Fluxo Assistencial Hospitalar em Saúde Mental.....	14
2_ Diretrizes Clínicas para Atenção em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde	14
3_ Orientações Gerais	16
3.1_ Transtornos Mentais Comuns.....	16
3.2_ Transtornos Mentais Severos e Persistentes.....	16
3.3_ Transtornos Associados ao Uso de Álcool e Outras Drogas	17
3.4_ Alterações na Saúde Mental que se Manifestam na Infância e/ou na adolescência	18
4_ Orientações Específicas.....	19
4.1_ Transtornos Mentais Comuns.....	19
4.1.1_ Insônia.....	19
4.1.2_ Transtornos de Ansiedade.....	20
4.1.3_ Transtornos Somatoformes (incluem hipocondria e transtornos dolorosos)	22
4.1.4_ Transtorno Obsessivo-compulsivo	23
4.1.5_ Transtorno de Estresse Pós-traumático	25
4.1.6_ Depressão.....	27
4.2_ Transtornos Mentais Severos e Persistentes	30
4.2.1_ Transtorno Afetivo Bipolar.....	30
4.2.2_ Esquizofrenias.....	33
4.2.3_ Psicose Puerperal.....	35
4.2.4_ Demência.....	37
4.3_ Transtornos Associados ao Uso de Álcool e Outras Drogas	38
4.3.1_ Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias Psicoativas	39
4.3.2_ Síndrome de Dependência do Álcool.....	41
4.3.3_ Síndrome de Abstinência ao Álcool (SAA).....	43
4.4_ Alterações na Saúde Mental que se Manifestam na Infância e/ou na Adolescência.....	45
4.4.1_ Transtorno do Déficit de Atenção/hiperatividade.....	45
4.4.2_ Transtornos Globais do Desenvolvimento.....	47
4.4.3_ Transtornos Alimentares (Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa).....	49
4.4.3.1_ Anorexia Nervosa	49
4.4.3.2_ Bulimia Nervosa.....	51
Referências Bibliográficas	53

1_ A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO PARANÁ

A Secretaria de Estado da Saúde (SESA), no seu Mapa Estratégico, incluiu a Rede de Atenção à Saúde Mental como uma das cinco redes prioritárias de implantação e implementação nesta gestão.

Em 2011, com a publicação do Decreto Presidencial nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa; a atenção psicossocial passou a ser “uma rede indispensável nas regiões de saúde”. Para sua operacionalização, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Política Nacional de Saúde Mental, a Portaria GM/MS nº 3.088/2011(*) instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Para a efetivação da Política Estadual de Saúde Mental, a SESA redefiniu as diretrizes e estratégias por meio de um processo de Planejamento Estratégico, considerando a realidade do Estado e procurando abranger o que a Política Nacional não contempla. Considerando que os serviços assistenciais são de responsabilidade do município, cabe ao Estado, em seu papel regulador, a incumbência de estimular a criação de políticas municipais em consonância com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, articular as negociações regionalizadas, fiscalizar (controle, avaliação e acompanhamento) e oferecer suporte técnico às equipes. Assim, conforme as diretrizes e os objetivos da RAPS da Portaria GM/MS 3.088/2011*, as ações de saúde mental devem ser estruturadas a partir da realidade municipal / microrregional / regional / macrorregional, considerando as necessidades e os recursos.

Com base nesse planejamento, foi elaborado o Mapa Estratégico da Rede de Saúde Mental, que define a missão, a visão, os valores e as perspectivas para alcançar o resultado para a sociedade, tendo como pressuposto o cuidado no território e a atenção primária como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde, sempre em busca da articulação intra e intersetorial.

Quadro 1: Mapa Estratégico da Rede de Atenção à Saúde Mental do Estado do Paraná

MAPA ESTRATÉGICO

Missão: Formular e desenvolver a Política Estadual de Saúde Mental para organizar a Rede de Atenção à Saúde Mental, de forma articulada e resolutiva a toda a população paranaense.

Visão: Desenvolver até 2020 um modelo de gestão articulada com outras áreas governamentais e sociedade civil que proporcione saúde mental a toda a população paranaense.

Valores: Ética, Solidariedade, Comprometimento, Competência e Cidadania.

Resultado para a sociedade: Reduzir os anos vividos com incapacidade por sofrimento ou transtorno mental e/ou com necessidades decorrentes do uso de drogas.

Perspectiva para o processo:

- Melhorar o acesso aos diversos pontos de atenção, em especial na Atenção Primária à Saúde (APS) e situações de urgência e emergência;

- Melhorar a qualidade e resolubilidade em saúde mental nos diversos pontos de atenção da rede;
- Fomentar ações de promoção à saúde, prevenção de agravos em saúde mental e reabilitação psicossocial, por meio de ações intersetoriais e sociedade civil;
- Viabilizar sistema de apoio (assistência farmacêutica, diagnóstico e informações) e logístico (transporte e regulação).

Perspectiva para a gestão:

- Promover a articulação com outras áreas governamentais e sociedade civil;
- Desenhar/organizar a Rede de Atenção à Saúde Mental, com definição das competências de cada ponto de atenção, incluindo sistemas logísticos e de apoio;
- Implantar o plano de qualificação dos pontos de atenção na Rede de Atenção à Saúde Mental por meio de Política Estadual de Educação Permanente em Saúde;
- Implantar e implementar novas tecnologias de abordagem e cuidado na Rede de Atenção à Saúde Mental;
- Implantar plano de monitoramento e avaliação da Rede de Atenção à Saúde Mental.

Perspectiva financeira:

- Garantir recurso financeiro estadual para os serviços da Rede de Atenção à Saúde Mental, segundo critérios de qualidade preestabelecidos.

Devido à transversalidade e complexidade do campo da saúde mental, bem como a abrangência dos pontos de atenção, é imprescindível que se tenha clareza das competências para organizar a Rede de Atenção à Saúde Mental. É importante também considerar que o objetivo da rede sempre é a articulação entre esses pontos, a melhoria do acesso aos usuários, buscando promover o cuidado integral. Para tanto, foi elaborada a Matriz de Competência da Rede de Atenção à Saúde Mental do Estado do Paraná.

Quadro 2: Matriz de Competência da Rede de Atenção à Saúde Mental do Estado do Paraná

NÍVEL DE ATENÇÃO: PRIMÁRIA

PONTO DE CUIDADO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE CUIDADO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
Domicílio	<ul style="list-style-type: none"> . Autocuidado . Busca ativa . Atenção domiciliar . Identificação de fatores de risco e de proteção 	Domicílio
Grupos de ajuda mútua	<ul style="list-style-type: none"> . Acolhimento . Socialização/reinserção . Ajuda entre pares . Informação . Compartilhamento de vivências 	Comunidade
Consultório na Rua	<ul style="list-style-type: none"> . Acolhimento . Redução de Danos* . Busca Ativa . Cadastramento . Identificação de riscos . Orientação e encaminhamentos . Vínculo 	Rua
UAP/ESF	<ul style="list-style-type: none"> . Acolhimento . Estratificação de risco . Ordenamento do Cuidado . Articulação da Rede Intra e Intersetorial . Cadastramento . Vínculo . Responsabilidade pelos usuários do seu território . Garantia do cuidado e da resolubilidade da atenção para usuário de baixo e médio risco . Compartilhamento com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do cuidado ao usuário de alto risco . Educação em saúde . Atividades coletivas 	Território de Abrangência

<p>Academia da Saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Práticas corporais/atividades físicas . Práticas artísticas . Promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar . Planejamento das ações em conjunto com a equipe da APS 	<p>Território de Abrangência</p>
<p>NASF/Equipe matricial</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Matriciamento . Atendimento multiprofissional . Compartilhamento do cuidado ao usuário de médio risco . Compartilhamento do cuidado ao usuário de alto risco - para municípios onde não há CAPS . Educação permanente da APS 	<p>Território de Abrangência</p>
<p>CRAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Identificação de fatores de risco e de proteção . Encaminhamentos . Promoção de saúde mental e prevenção de agravos . Reinserção social . Viabilização do acesso às condições de cidadania . Atenção às famílias 	<p>Território de Abrangência</p>
<p>Escolas</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Prevenção de agravos e promoção de saúde mental . Identificação de fatores de risco e de proteção . Encaminhamentos . Inclusão . Orientação familiar . Programa Saúde na Escola (PSE) 	<p>Território de Abrangência</p>
<p>Associações, ONGs, Centros de Convivência, Igrejas e similares.</p>	<p>Acolhimento Socialização Reinserção social Promoção de saúde</p>	<p>Comunidade</p>

NÍVEL DE ATENÇÃO: SECUNDÁRIA

PONTO DE CUIDADO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE CUIDADO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
CAPS	<ul style="list-style-type: none"> . Acolhimento . Reabilitação psicossocial (reinserção social, assembleias, oficinas, atenção aos familiares, projeto de geração de renda, atividades em grupo ou coletivas, etc.) . Projeto Terapêutico Singular . Matriciamento . Compartilhamento com a APS do cuidado ao usuário de alto risco . Atenção às situações de crises <ul style="list-style-type: none"> . Hospitalidade noturna (CAPS III e ad III) . Atendimento multiprofissional . Articulação de redes intra e intersetoriais <ul style="list-style-type: none"> . Redução de Danos . Acompanhamento de SRT – Serviço Residencial Terapêutico (caso tenha SRT vinculado) . Definição de acolhimento na UA e no Serviço de Atenção em Regime Residencial (caso tenha esses serviços vinculados) 	Território de Abrangência
CREAS	Ofertar e referenciar serviços especializados de caráter continuado para famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por ameaça e/ou violação de direitos	Território de Abrangência

<p>Unidade de Acolhimento ou Serviço de Atenção em Regime Residencial</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Acolhimento definido pelo CAPS . Acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório <ul style="list-style-type: none"> . Moradia transitória com saída programada . Vinculação ao CAPS . Projeto Terapêutico Singular em conjunto com o CAPS . Atenção aos familiares . Articulação com a Rede Intersetorial visando à reinserção social, familiar e laboral 	<p>Território de abrangência</p>
<p>Centro Regional de Atenção Especializada</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Tutoria/Telessaúde . Matrciamento (supervisão, capacitação, etc.) . Atenção ao usuário de médio risco referenciado pela APS . Atenção ao usuário de alto risco referenciado pela APS – para municípios onde não há CAPS . Atendimento multiprofissional . Ações de prevenção de agravos e promoção de saúde mental em conjunto com os municípios . Compartilhamento com a APS do cuidado ao usuário de médio e alto risco 	<p>Regional de Saúde</p>
<p>Hospital Geral</p>	<ul style="list-style-type: none"> . Atendimento a usuários de médio e alto risco, após esgotados os outros recursos terapêuticos . Atendimento a crise . Internamento de curta permanência . Atendimento a comorbidades clínicas . Remissão de sintomas e estabilização do quadro clínico-psiquiátrico . Referenciar para a continuidade do cuidado . Orientação aos familiares 	<p>Território de abrangência</p>

Hospital especializado em psiquiatria	<ul style="list-style-type: none"> . Atendimento a usuários de alto risco, após esgotados os outros recursos terapêuticos . Atendimento a crise . Orientação aos familiares . Remissão de sintomas e estabilização do quadro clínico-psiquiátrico . Referenciar para continuidade do cuidado . Internamento de curta permanência 	Território de abrangência
Pronto-Atendimento	<ul style="list-style-type: none"> . Atendimento a crise . Classificação de risco (clínico-psiquiátrico) . Orientação aos familiares . Referenciar para continuidade do cuidado 	Território de abrangência
SRT	<ul style="list-style-type: none"> . Atendimento de egressos de HP e HCTP de longa permanência e sem vínculo familiar . Moradia . Reinserção social e reabilitação psicossocial . Vinculado ao CAPS 	Comunidade

*Abordagem indicada pela Política de Saúde Mental do Ministério da Saúde porém não referendada pela Associação Brasileira de Psiquiatria e Associação Paranaense de Psiquiatria.

1.1_REGULAÇÃO DO FLUXO ASSISTENCIAL HOSPITALAR EM SAÚDE MENTAL

Implantada em 2012, no Centro Psiquiátrico Metropolitano (CPM), a Central de Regulação de Leitos em Saúde Mental do Estado do Paraná regula as internações psiquiátricas sendo uma importante ferramenta de gestão do Sistema de Saúde Pública. Tem entre seus objetivos a equidade do acesso implementada por meio das ações de regulação de leitos hospitalares dos estabelecimentos vinculados ao SUS – próprios, contratados ou conveniados; da regulação médica das urgências em saúde mental e do direcionamento do usuário para o local mais próximo de sua residência.

A Central de Regulação de Leitos em Saúde Mental se estabelece como um elemento ordenador e orientador da demanda de assistência hospitalar especializada em saúde mental no Estado funcionando 24 horas, em todos os dias da semana. Atualmente todo o Estado se encontra sob regulação estadual, com exceção do município de Curitiba, pois este conta com um sistema próprio de regulação de leitos.

2_ DIRETRIZES CLÍNICAS PARA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Nas diretrizes definidas pela Política Estadual de Saúde Mental, considera-se a realidade do nosso Estado no que tange ao nível de assistência à saúde que deve ser prestada ao usuário que sofre de transtornos mentais e transtornos associados ao uso de álcool e outras drogas. Por se tratar de agravo complexo e de causa multifatorial que oscila em grau de risco ao longo da vida, primeiramente se faz necessário definir o nível da gravidade ou o risco dos sinais e sintomas apresentados pelos usuários, seguindo uma lógica de estratificação

de risco. A estratificação de risco, seguindo a lógica de Eugênio Vilaça Mendes (2012), é um instrumento utilizado no modelo de atenção às condições crônicas que visa padronizar as condutas referentes a um determinado grupo nas diretrizes clínicas, assegurando e distribuindo recursos físicos e humanos específicos para cada qual. Assim, não há uma atenção única para todos os usuários, eles são agrupados de acordo com a complexidade e gravidade dos casos, e direcionados ao cuidado mais adequado. Objetiva-se que os usuários com condições crônicas com menor risco sejam atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS), com tecnologias de autocuidado apoiado, e os de maior risco em serviços de Atenção Secundária e corresponsabilização da APS. Este instrumento possibilita o planejamento do cuidado para com o usuário, na medida em que distribui a demanda de assistência nos respectivos níveis de complexidade de serviços, evitando a suboferta de cuidados em um serviço e a sobrecarga em outros. Sendo os problemas de saúde mental em sua maioria considerados condições crônicas de saúde e tendo em vista este conceito, a SESA elaborou um instrumento de estratificação de risco em saúde mental, a fim de auxiliar as equipes de saúde na identificação do nível de gravidade dos transtornos mentais e transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas e na organização do fluxo de encaminhamento na Rede de acordo com o nível de risco identificado. A construção deste instrumento foi baseada nos sinais e sintomas dos principais transtornos mentais, sem a necessidade de firmar diagnóstico inicial, somados às condições de vida atual do usuário, que podem agravar os riscos. Após estratificado o risco, é elaborado o plano de cuidados que inclui a definição do ponto de atenção à saúde no qual o usuário será tratado em um primeiro momento. Para tanto, visando oferecer suporte técnico às equipes, aqui apresentamos o protocolo clínico e as Diretrizes Terapêuticas recomendadas cientificamente na literatura atual.

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

3_ ORIENTAÇÕES GERAIS

Para facilitar a pesquisa e melhor estruturar o planejamento da atenção à saúde mental, vários estudos realizados mundialmente têm sugerido o agrupamento de algumas síndromes psiquiátricas em categorias que se apresentam com sintomas que se sobrepõem e compartilham os mesmos fatores de risco e padrões de evolução. A adoção dessa divisão em categorias também facilita a criação de propostas e orientações gerais sobre as intervenções e medidas terapêuticas adequadas a cada síndrome diagnosticada. A seguir descrevemos sucintamente a descrição dessas categorias e citamos algumas das diretrizes terapêuticas propostas.

3.1_ TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

São caracterizados por englobar quadros mais leves, como os depressivos, ansiosos e somatoformes, classificáveis nos manuais diagnósticos, além de abranger múltiplos sintomas.

A formação de grupos psicoeducativos constitui uma estratégia de apoio importante, na qual se podem abordar temas comuns a esses transtornos. A divulgação de informações sobre ansiedade, depressão e somatizações, causa e origem dos sintomas, fatores agravantes e atenuantes, autoestima, resiliência, assim como sobre terapia medicamentosa e outros recursos terapêuticos necessários, proporciona uma possibilidade de o usuário bem como os familiares se sentirem protagonistas na condução de sua condição de saúde e suas trajetórias nos diversos cenários terapêuticos.

3.2_ TRANSTORNOS MENTAIS SEVEROS E PERSISTENTES

Grande parte dos indivíduos aqui agrupados são portadores de

transtornos psicóticos – esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e outras psicoses. Tem em comum a duração do problema, o grau de sofrimento emocional e o nível de incapacidade que interfere nas relações interpessoais e nas competências sociais.

O diagnóstico precoce dessas patologias é o aspecto mais importante, pois disso depende o início rápido do tratamento. Ainda, constituem fatores determinantes do bom prognóstico: as intervenções rápidas e efetivas na crise, a manutenção do tratamento farmacológico e os programas de reabilitação psicossocial para os quadros psicóticos crônicos estáveis.

3.3_ TRANSTORNOS ASSOCIADOS AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Englobam o abuso e a dependência de substâncias psicoativas (drogas), que, quando utilizadas, alteram o funcionamento cerebral causando modificações no estado mental ou psiquismo. Incluem o uso de depressores do Sistema Nervoso Central – SNC (álcool, benzodiazepínicos, opiáceos e inalantes), psicoestimulantes (anfetaminas e cocaína/crack) e alucinógenos (maconha, LSD, êxtase).

Sabe-se que os usuários deste grupo não se tornam dependentes da noite para o dia, o dependente já foi um usuário inicial e passou por várias fases de padrão de uso. Por isso, é imprescindível que se utilizem combinações de serviços e recursos de tratamento que variem durante o curso de seu tratamento e recuperação. As intervenções devem contemplar a identificação do padrão de consumo da bebida alcoólica e outras drogas, assim como a detecção precoce de riscos e problemas relacionados a esse consumo. Além disso, devem mostrar as consequências clínicas, psicológicas e sociais do abuso e dependência. A promoção de ações intersetoriais, encaminhamento para grupos de mútua ajuda, de redução de danos, de manutenção da abstinência e prevenção de recaídas, assim como o tratamento da síndrome de abstinência, constituem-se como abordagens mínimas e indispensáveis, e podem ser realizadas no nível da atenção primária.

3.4_ ALTERAÇÕES NA SAÚDE MENTAL QUE SE MANIFESTAM NA INFÂNCIA E/OU NA ADOLESCÊNCIA

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

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

4_ ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS

4.1_ TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS

4.1.1_ INSÔNIA

Descrição

O sono é de quantidade e qualidade insatisfatórias, persiste durante um período prolongado, podendo-se tratar de dificuldade para adormecer, para permanecer adormecido ou de despertar precoce (de acordo com a CID-10, da Organização Mundial da Saúde – OMS).

Causas

- . Insônia primária: sensibilidade a fatores que interferem negativamente no sono (hábitos alimentares, hiperestimulação intelectual e física, crenças);
- . Insônia secundária: uso de drogas não controladas (cafeína, tabaco), medicamentos prescritos, condições médicas e psiquiátricas.

Sinais e sintomas

- . Dificuldade para iniciar ou manter o sono;
- . Relato de sono não reparador, por parte do usuário.

Exames complementares recomendados

- . Hemograma;
- . Provas de função hepática;
- . Provas de função renal;
- . EEG;
- . Polissonografia

Diagnóstico

Quadro clínico + exames complementares.

Tratamento

Hipnóticos benzodiazepínicos e não benzodiazepínicos.

Encaminhar para o serviço de atenção secundária de sua referência

Todos os usuários, para associação de estratégias farmacoterápicas e psicoterápicas.

Critérios de alta do serviço de atenção secundária para Unidade de Atenção Primária (UAP)

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

4.1.2_ TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Descrição

São transtornos nos quais uma ansiedade é desencadeada exclusiva ou essencialmente por situações nitidamente determinadas que não apresentam atualmente nenhum perigo real. Essas situações são, por esse motivo, evitadas ou suportadas com temor. Em outros casos ocorrem ataques de ansiedade graves que não decorrem exclusivamente de uma situação ou em circunstâncias determinadas, mas de fato são imprevisíveis (de acordo com a CID-10, da OMS). A etiologia é provavelmente multifatorial, incluindo fatores genéticos, biológicos, cognitivos comportamentais e psicossociais, que contribuem para o aparecimento de sintomas de ansiedade muitas vezes durante a infância e com manifestações variáveis durante todo o ciclo de vida. Tem alto índice de comorbidade com depressão maior e abuso de substâncias psicoativas.

Sinais e sintomas

Irritabilidade, inquietação, expectativa apreensiva, tensão muscular, dispneia, sensação de asfixia e de desmaio, vertigem, palpitações, tremores, sudorese, náuseas, desconforto abdominal,

despersonalização, parestesias, ondas de calor ou frio, dor e/ou desconforto no peito, medo de morrer ou enlouquecer (crises que duram geralmente minutos).

Sintomas depressivos também são frequentes (80% dos casos) acompanhados ou não de déficit na atenção e memória; fadiga e insônia inicial e intermediária.

Exames complementares recomendados

- . ECG;
- . Hemograma;
- . Provas de função tireoidiana;
- . Provas de função renal;
- . Provas de função hepática.

Diagnóstico

Eminentemente clínico.

Tratamento

- . Psicoterapia;
- . Medicamentos (com retirada gradual, após 6 a 12 meses sem sintomatologia);
- . Benzodiazepínicos (para alívio dos sintomas, a curto prazo);
- . Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina (ISRS);
- . ISRSNA;
- . Bupiriona (início mais lento que os benzodiazepínicos);
- . Betabloqueadores;
- . Antidepressivos tricíclicos;
- . Antipsicóticos (em baixas doses).

Encaminhar para o serviço de atenção secundária de sua referência

Todos os usuários, para associação de estratégias farmacoterápicas e psicoterápicas.

Crítérios de alta do serviço de atenção secundária para UAP

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

4.1.3_ TRANSTORNOS SOMATOFORMES (INCLUEM HIPOCONDRIA E TRANSTORNOS DOLOROSOS)

Descrição

A característica essencial diz respeito à presença repetida de sintomas físicos associados à busca persistente de assistência médica, apesar de não haver anormalidade de base orgânica (de acordo com a CID-10, da OMS). A etiologia é multifatorial, provável caminho final comum de várias outras condições psíquicas. Alta prevalência de comorbidade com depressão maior e transtornos de personalidade.

Sinais e sintomas

- . História frequente de queixas físicas, com prejuízo significativo no funcionamento social, ocupacional ou outros aspectos da vida do indivíduo.
- . Tendência a buscar tratamento em ambientes não psiquiátricos nos quais as somatizações frequentemente não são reconhecidas.

Quadro clínico

- . Múltiplas queixas;
- . Dor persistente;
- . Hiperventilação;
- . Soluços;
- . Diarreia;
- . Disúria;
- . Micção frequente;
- . Sudorese;
- . Rubor.

Exames complementares recomendados

Não há achados laboratoriais ou de imagem específicos.

Diagnóstico

Baseia-se na ausência de evidências objetivas para comprovação de doença física.

Tratamento

- . Redução da ansiedade subjacente;
- . Abordagem psicoterápica;
- . Tratamento dos transtornos psiquiátricos comórbidos;
- . ISRS e antidepressivos tricíclicos.

Encaminhar para o serviço de atenção secundária de sua referência

- . Os usuários que apresentam resistência ao encaminhamento para avaliação psiquiátrica.
- . Associação de cuidados (abordagem psicoterápica e uso de medicamentos).

Critérios de alta do serviço de atenção secundária para Unidade Básica de Saúde

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

4.1.4_ TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Descrição

Transtorno caracterizado por ideias obsessivas ou por comportamentos compulsivos recorrentes, que em geral perturbam muito o sujeito, que tenta resistir a elas, mas sem sucesso. A pessoa reconhece que se trata de seus próprios pensamentos, mas estranhos à sua vontade e, em geral, desprazerosos (de acordo com a CID-10, da OMS). Teorias etiológicas se apoiam em bases psicanalíticas, cognitivas, traumáticas, genéticas (proteínas envolvidas em processo autoimune) e pós-infecciosas (anticorpos antineurais pós-infecciosos – estreptococos – afetando o funcionamento dos gânglios basais). Deve-se ressaltar

que esta condição, conhecida como TOC, não apresenta cura e o seu tratamento tende a se estender para o resto da vida do usuário.

Sinais e sintomas

- . Pensamentos recorrentes e intrusivos acompanhados ou não por comportamentos repetitivos, compulsivos e estereotipados. Frequentemente a pessoa percebe a inadequação destes pensamentos em relação à realidade e tenta suprimi-los ou ignorá-los, resultando em aumento da ansiedade;
- . Obsessões: medo de causar um acidente (agressão); medo de ser contaminado ao tocar algum objeto (contaminação); verificação de fechamento de porta, apagamento de luz, desligamento de torneiras, de gás (dúvida);
- . Compulsões: lavar, colocar em ordem, verificar (atos comportamentais); rezar, contar, repetir palavras em silêncio (atos mentais).

Exames complementares recomendados

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

Diagnóstico

Quadro clínico.

Tratamento

- . Medicamentos (resposta terapêutica lenta): Antidepressivos com ação serotoninérgica, geralmente em doses altas:
 - Clomipramina: 250 a 300 mg/d;
 - ISRS tendem a facilitar a adesão:
 - Fluoxetina: 60 a 80 mg/d;
 - Sertralina: 50 a 200 mg/d;

- Fluvoxamina: 100 a 300 mg/d;
- Antipsicóticos atípicos em baixas doses associados aos antidepressivos;
- Psicoterapia individual;
- Terapia familiar.

Encaminhar para o serviço de atenção secundária de sua referência

Todos os usuários, para associação de estratégias farmacoterápicas e psicoterápicas.

Crítérios de alta do serviço de atenção secundária para UAP

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

4.1.5_ TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Descrição

Este transtorno constitui uma resposta retardada ou adiada a uma situação ou evento estressante (de curta ou longa duração), de natureza excepcionalmente ameaçadora, traumática ou catastrófica, e que provocaria sintomas evidentes de perturbação na maioria dos indivíduos. Fatores predisponentes, tais como certos traços de personalidade (por exemplo: compulsiva, astênica), ou antecedentes do tipo neurótico, podem diminuir o limiar para a ocorrência da síndrome ou agravar sua evolução. Tais fatores, contudo, não são necessários ou suficientes para explicar a ocorrência da síndrome (de acordo com a CID-10, OMS). O período que separa a ocorrência do trauma e o transtorno pode variar de algumas semanas a alguns meses. A evolução é flutuante, mas se faz para a cura na maioria dos usuários. Em uma pequena proporção de casos, o transtorno pode apresentar uma evolução crônica durante numerosos anos e levar a uma alteração duradoura da personalidade.

Sinais e sintomas

- . Recordações e sonhos aflitivos, “flashbacks”;
- . Intenso sofrimento psíquico e reatividade fisiológica, quando da exposição a indícios internos ou externos que simbolizam ou lembram algum aspecto do evento traumático;
- . Sintomas persistentes de excitabilidade aumentada, não presentes antes do trauma (dificuldade para conciliar sono, irritabilidade, dificuldade em concentrar-se, hipervigilância);
- . Exposição a evento gravemente estressante (importante risco de vida ou envolvimento de pessoa querida em evento catastrófico).

Exames complementares recomendados

Não há achados laboratoriais ou de imagem específicos.

Diagnóstico

Quadro clínico.

Tratamento

- . A duração média dos sintomas para os usuários expostos a tratamento é de 36 meses;
- . Cerca de 33 a 50% dos usuários evoluem para doença crônica;
- . Medicamentos:
- . Betabloqueadores nas primeiras 4 semanas;
- . Antidepressivos tricíclicos;
- . ISRS;
- . IMAO;
- . Benzodiazepínicos;
- . Psicoterapia.

Encaminhar para o serviço de atenção secundária de sua referência

Todos os usuários, para associação de estratégia farmacoterápicas e psicoterápicas.

Crítérios de alta do serviço de atenção secundária para Unidade Básica de Saúde

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

4.1.6_ DEPRESSÃO

Descrição

Concebida como transtorno mental caracterizado por rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Há alteração da capacidade de experimentar prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, em associação com fadiga acentuada, mesmo após esforço mínimo. Também ocorrem, em geral, problemas no sono e diminuição do apetite, perda ou diminuição da autoestima, da autoconfiança, ideias de culpabilidade e/ou indignidade. O humor depressivo varia pouco, de dia para dia, ou segundo as circunstâncias e pode vir acompanhado de sintomas ditos somáticos (de acordo com a CID-10, da OMS). A causa precisa não é conhecida, havendo provável interação de múltiplos fatores etiológicos (acontecimentos da vida, neurotransmissores, fatores neuroendócrinos). É necessário descartar as possíveis causas orgânicas de depressão (uso de medicamentos ou abuso de substâncias, doenças neurológicas, infecciosas, endócrinas, cardiovasculares, do colágeno, neoplasias, pós-parto).

Sinais e sintomas

- . Insônia/hipersonia;
- . Despertar matinal precoce;
- . Diminuição da libido;
- . Aumento/diminuição do apetite;
- . Agravamento matinal da depressão;
- . Anedonia;
- . Fadiga;
- . Dificuldades com a memória;
- . Lentidão psicomotora;
- . Pensamentos com conteúdo de morte e suicídio;
- . Sensação de desvalorização e de culpa;
- . Eventualmente delírios e alucinações.

Exames complementares recomendados

- . Hemograma;
- . Provas de função renal;
- . Provas de função hepática:

- . Provas de função tireoidiana;
- . Testes de gravidez;
- . ECG;
- . EEG;
- . TC de crânio.

Diagnóstico

Quadro clínico + exames complementares.

Tratamento

- . Esclarecimentos aos usuários e familiares sobre a doença e sua evolução, para mútua cooperação no tratamento;
- . Psicoterapia;
- . ECT para casos graves e refratários;
- . É importante a avaliação do risco de suicídio, casos mais graves que demandam vigilância do usuário podem requerer a internação em ambiente hospitalar.

Terapêutica farmacológica

- . Antidepressivos tricíclicos (nortriptilina, imipramina, clomipramina, amitriptilina) e tetracíclicos (maprotilina). Efeitos colaterais: boca seca, constipação intestinal, retenção urinária, piora de glaucoma de ângulo fechado, hipotensão ortostática, ganho de peso, bloqueios de ramo ou bloqueios atrioventriculares.
- . Inibidores da recaptção de serotonina (fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram) e de serotonina e noradrenalina (venlafaxina). Efeitos colaterais: ansiedade, inquietação, insônia, tremores, náuseas, epigastralgia, diarreia, sonolência.
- . IMAO: Tranilcipromina. Utilização no tratamento dos episódios depressivos resistentes ao emprego dos antidepressivos tricíclicos e dos IRSS. Efeitos colaterais: tontura, hipotensão ortostática, insônia, cefaleia, constipação intestinal, visão turva, náuseas, retenção urinária, edema periférico, ganho de peso, neuropatia periférica, elevação de enzimas. Interações medicamentosas: anestésicos tópicos (com adrenalina), anti-histamínicos, hipotensores arteriais (alfa-metil-dopa), opiáceos (meperidina), ISRS (risco de síndrome serotoninérgica), etc. Interações com alimentos que contenham tiramina: vinhos, queijos, frios, alimentos em conserva, etc.

Outros medicamentos antidepressivos

- . Nefazodona;
- . Mirtazapina.

Duração mínima recomendada para o tratamento:

- Primeiro episódio: 6 meses, após a remissão dos sintomas;
- Segundo episódio: 2 a 3 anos;
- Terceiro episódio: 5 anos ou mais.

Encaminhar para o serviço de atenção secundária de sua referência

Todos os usuários, para associação de estratégias farmacoterápicas, psicoterápicas e de terapia ocupacional.

Critérios de alta do serviço de atenção secundária para UAP

Os usuários que estiverem com quadro clínico estabilizado e em atendimento médico com intervalo regular.

4.2_ TRANSTORNOS MENTAIS SEVEROS E PERSISTENTES

4.2.1_ TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

Descrição

Trata-se de transtorno caracterizado por dois ou mais episódios nos quais o humor e o nível de atividade do sujeito estão profundamente perturbados, sendo que este distúrbio consiste, em algumas ocasiões, na elevação do humor e no aumento da energia e da atividade (mania e hipomania) e, em outras, no rebaixamento do humor e na redução da energia e da atividade (depressão), de acordo com a CID-10, da OMS. A etiologia precisa não é conhecida, sendo provável a interação de múltiplos fatores etiológicos (acontecimentos da vida, neurotransmissores, fatores neuroendócrinos, hereditariedade) sendo frequente a história de transtorno bipolar nos antecedentes familiares. Os episódios maníacos podem ser desencadeados pelo uso dos medicamentos antidepressivos.

Sinais e sintomas

- . A sintomatologia deve persistir por pelo menos 1 (uma) semana.
- . Os episódios depressivos são marcados por rebaixamento do humor, anedonia, redução da energia e da atividade, sentimento de culpa. Se com sintomas psicóticos, pode apresentar delírios e alucinações.
- . Os episódios maníacos apresentam características de autoestima inflada, sentimentos de grandeza, taquilalia, fuga de ideias, distratibilidade, irritabilidade, aumento da atividade/agitação psicomotora. Igualmente, se com sintomas psicóticos, pode apresentar delírios e alucinações.

Exames complementares recomendados

- . Hemograma;
- . Provas de função renal;
- . Provas de função hepática;

- . Provas de função tireoidiana;
- . Testes de gravidez;
- . Dosagens séricas de medicamentos (ácido valproico, lítio, carbamazepina);
- . ECG;
- . EEG;
- . TC de crânio.

Diagnóstico

Características dos episódios maníacos:

- . Exaltação do humor;
- . Euforia;
- . Hiperatividade;
- . Eloquência exacerbada;
- . Redução da necessidade do sono;
- . Sexualidade exacerbada;
- . Irritabilidade;
- . Agressividade;
- . Aceleração do pensamento;
- . Distração;
- . Prejuízo de desempenho nas atividades profissionais e sociais;
- . Delírios (de grandeza e de poder);
- . Crítica extremamente comprometida.

Características dos episódios depressivos:

- . Diminuição na capacidade de atenção e de concentração;
- . Perda de autoestima e de autoconfiança;
- . Sentimentos de culpa e de inutilidade;
- . Distúrbios do sono (ato de despertar mais cedo que o habitual);
- . Alterações do apetite (diminuição);
- . Diminuição do interesse sexual.

Diagnóstico Diferencial

- . Esquizofrenia;
- . Quadros demenciais;
- . Uso de drogas (anfetaminas, cocaína);
- . Hipertireoidismo.

Tratamento

- . Carbonato de lítio;
- . Avaliação de exames laboratoriais (pré-tratamento): hemograma, eletrólitos, função renal, função tireoidiana, ECG, glicose;
- . Efeitos colaterais: polidipsia, poliúria, tremores, ganho de peso, sonolência, cansaço, diarreia, náuseas, sensação de peso nas pernas, cansaço, hipotireoidismo, diabetes insipidus, alterações no traçado eletrocardiográfico, etc.
- . Intoxicação (concentração sérica > 1.5 mEq/l): sonolência, fasciculações musculares, ataxia, hiporeflexia, fala pastosa, visão turva, arritmias, convulsões;
- . Interações medicamentosas: carbamazepina, diuréticos, IECA, AINH.
- . Anticonvulsivantes:
 - Ácido valproico; Carbamazepina.
 - Antipsicóticos:
 - Típicos: haloperidol, clorpromazina, tioridazina;
 - Atípicos: clozapina; risperidona; olanzapina; aripiprazol, quetiapina.
 - ECT:
 - Tratamento dos usuários refratários.

Encaminhar para o Hospital da sua referência

Os usuários mais graves.

Encaminhar para o serviço de atenção secundária de sua referência

Todos os usuários, para associação de estratégias farmacoterápicas, psicoterápicas, de terapia ocupacional e serviço social, podendo-se beneficiar de visitas domiciliares.

Critérios de alta do serviço de atenção secundária para Unidade Básica de Saúde

- . Os usuários que estiverem com quadro clínico estabilizado e em atendimento médico com intervalo regular, com suporte de psicoterapia e terapia ocupacional.
- . Acompanhamento de dosagens séricas de lítio, após mudanças na posologia, ou a cada 4 a 8 semanas.
- . Acompanhamento de dosagens séricas de hormônios tireoidianos.

4.2.2_ ESQUIZOFRENIAS

Descrição

São transtornos mentais marcados, em geral, por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados, usualmente se mantendo claras a consciência e a capacidade intelectual. Observa-se início entre os 15 e 35 anos. No curso do tempo, podem evoluir com certos déficits cognitivos (de acordo com CID-10, da OMS). Possíveis etiologias incluem a hipótese dopaminérgica (hiperfunção das vias dopaminérgicas), hiperfunção dos sistemas neuronais do glutamato e hiperfunção serotoninérgica.

Sinais e sintomas

- . Falta de autocrítica (insight);
- . Sinais pré-delirantes (ideias de autorreferência, perplexidade);
- . Delírios (perseguição, influência, etc.);
- . Alucinações auditivas (comando, comentários em terceira pessoa, etc.);
- . Alucinações somáticas;
- . Déficit da crítica;
- . Afeto embotado;
- . Ambivalência;
- . Bloqueio ou irradiação do pensamento;
- . Negativismo;
- . Experiências de controle externo (sonorização do pensamento);
- . Alterações psicomotoras (hipo ou hiperatividade).

Classificação

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

Exames complementares recomendados

- . Hemograma;
- . Provas de função renal;
- . Provas de função hepática;
- . Testes de gravidez;
- . CPK (na suspeita de Síndrome Neuroléptica Maligna);
- . ECG;
- . EEG;
- . TC de crânio.

Diagnóstico

- . Ideias delirantes;
- . Alucinações;
- . Quadro de agitação psicomotora;
- . Isolamento social;
- . Transtornos do afeto;
- . Medo;
- . Desleixo;
- . Despersonalização.

Tratamento

- . Antipsicóticos: clorpromazina; levomepromazina; flufenazina; haloperidol; tioridazina; sulpirida; periciazina; zuclopentixol;
- . Antipsicóticos atípicos: clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, aripiprazol, ziprasidona;
- . Suporte Psicossocial;
- . Outros: ECT.

Encaminhar para o Hospital da sua referência

Os usuários que desenvolvem episódio esquizofrênico agudo e não apresentam estrutura familiar de suporte ou em situação de risco.

Encaminhar para o serviço de atenção secundária de sua referência

Todos os usuários, para seguimento das estratégias farmacoterápicas, psicoterápicas, de terapia ocupacional e serviço social.

Critérios de alta do serviço de atenção secundária para UAP

Os usuários que estiverem com quadro clínico estabilizado, para acompanhamento regular, com suporte psicossocial.

4.2.3_ PSICOSE PUERPERAL

Descrição

. Transtornos mentais associados ao puerpério que apareçam durante as seis primeiras semanas após o parto e que não preencham critérios e diagnósticos de outro transtorno classificado em outra parte (de acordo com a CID-10, da OMS). Tem como possível causa a sensibilidade individual às alterações endócrinas e hereditariedade (mais frequente em famílias com antecedentes de transtorno afetivo bipolar).

Sinais e sintomas

. Estado confusional polimórfico com início abrupto, na ausência de síndrome infecciosa.

. As queixas iniciais mais comuns envolvem uma incapacidade de mover-se, ficar em pé ou caminhar. Outros sintomas são: fadiga, inquietação, agitação, excitação, episódios de choro, instabilidade emocional, desconfianças, confusões, incoerência, afirmações irracionais e preocupações obsessivas acerca da saúde e bem-estar do bebê, sentimento de que não o ama e, em alguns casos mais raros, desejo de feri-lo ou de ferir a si mesma ou a ambos. O desenvolvimento psicótico é agudo e rápido. Com frequência, o delírio nega o nascimento e a filiação. Num extremo, pode ocorrer o assassinato impulsivo. O infanticídio ocorre em cerca de 4% dos casos. Os sintomas característicos são: condutas regressivas, desorganizadas, delírios, prejuízos cognitivos, perturbações da motilidade, anormalidades do humor (depressão e mania) e, eventualmente, alucinações (25% dos casos).

. Pode se associar ou evoluir por fases com aspectos catatônicos, ansiosos, depressivos ou maníacos.

Exames complementares recomendados

Não há exames específicos.

Exames gerais:

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

Diagnóstico

Quadro clínico.

Tratamento

- . Geralmente tem bom prognóstico;
- . Importante a manutenção dos medicamentos, mesmo após a cessação dos sintomas, para evitar recaídas;
- . Lembrar que a concentração dos medicamentos no leite materno é cerca de 1% da concentração sérica da puérpera;
- . Medicamentos: Antipsicóticos e antidepressivos;
- . ECT.

Encaminhar para o Hospital de sua referência

- . Os usuários mais graves, em que o tratamento ambulatorial se mostra insuficiente para o prosseguimento do tratamento;
- . Presença de condições médicas de risco associadas;
- . Não adesão ao tratamento proposto;
- . Nos usuários com indicação de ECT.

Encaminhar para o serviço de atenção secundária de sua referência

Todos os usuários, para associação de estratégias farmacoterápicas e psicoterápicas.

Crítérios de alta do serviço de atenção secundária para UAP

Os usuários que estiverem com quadro clínico estabilizado e

em atendimento médico com intervalo regular, com suporte de psicoterapia e terapia ocupacional.

4.2.4_ DEMÊNCIA

Descrição

É definida como uma síndrome consequente a uma doença cerebral, usualmente de natureza crônica ou progressiva, em que há comprometimento de numerosas funções corticais superiores, tais como a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem, a linguagem e o julgamento. A síndrome não está associada à obnubilação da consciência. O comprometimento das funções cognitivas se acompanha habitualmente e é por vezes precedido por uma deterioração do controle emocional, do comportamento social e da motivação (de acordo com a CID-10, da OMS). São possíveis causas tratáveis: déficit vitamínico (B1, B12, ácido fólico), infecções (encefalites, neurolues), intoxicação. Outras causas são a Doença de Alzheimer e a Doença por corpos de Lewi.

Sinais e sintomas

- . Redução adquirida, progressiva e irreversível dos níveis previamente atingidos de cognição, memória e funcionamento emocional, principalmente caracterizados por alteração do comportamento, empobrecimento do pensamento e do discurso;
- . Piora do humor;
- . Piora da memória.

Exames complementares recomendados

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

Diagnóstico

. Quadro clínico + exames complementares.

Tratamento

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

Encaminhar para o serviço de atenção secundária de sua referência

Todos os usuários, para associação de estratégias farmacoterápicas, psicoterápicas e de terapia ocupacional.

Crítérios de alta do serviço de atenção secundária para UAP

Os usuários que estiverem com quadro clínico estabilizado e em atendimento médico com intervalo regular, com suporte de psicoterapia e terapia ocupacional.

4.3_ TRANSTORNOS ASSOCIADOS AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

4.3.1_ TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Descrição

“Estado psíquico e algumas vezes físico resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância, caracterizado por modificações de comportamento e outras reações que sempre incluem um impulso a utilizar uma substância de modo contínuo ou periódico, com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos e, algumas vezes,

evitar o desconforto da privação. A tolerância (estado de adaptação de um organismo a uma substância) pode estar presente ou não”, conforme definição de dependência da OMS.

Conceitos

Uso: Nem todo consumo de substâncias psicoativas é prejudicial ao organismo, bem como nem toda pessoa que faz uso de substâncias psicoativas se tornará dependente. O uso chamado de recreativo ou ocasional, que não comprometa outros aspectos da vida do indivíduo, pode ocorrer com todos os tipos de drogas.

Uso Nocivo: Caracterizado como um padrão problemático, que não guarda relação específica com a quantidade e a frequência de consumo, mas principalmente com a presença de algum tipo de problema em relação ao uso (problemas legais, agravo à saúde, dificuldade em honrar compromissos, acidentes frequentes, agressividade).

Dependência: Caracterizada por forte desejo ou compulsão para consumir a substância, dificuldades em controlar o uso, síndrome de abstinência e necessidade de uso da mesma substância para aliviar seus sintomas. Ocorre tolerância, isto é, necessidade de aumento da dose para produzir os mesmos efeitos e abandono progressivo dos prazeres ou interesses alternativos, em favor do uso da substância ou para se recuperar de seus efeitos. Há persistência no uso da substância a despeito de claras evidências das consequências como transtornos físicos, mentais e sociais.

Diagnóstico: Exame clínico + exame neurológico + exame psiquiátrico. Cada classe de drogas tem riscos potenciais específicos para desenvolvimento de lesões orgânicas, maior suscetibilidade a patologias infecciosas, metabólicas, cardiovasculares e hepáticas devidas também ao modo de vida. Exames laboratoriais básicos: bioquímica sanguínea (eletrólito, glicose, provas de função hepática, provas de função renal, hemograma, colesterol, Gama GT).

Tratamento

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

Os usuários serão medicados de acordo com os sintomas e as patologias psiquiátricas apresentadas.

Encaminhar para o Hospital da sua referência

Os usuários que desenvolvam quadros tóxicos devido à superdosagem da substância.

Encaminhar para o serviço de atenção secundária de sua referência

Os usuários que preencham os critérios de dependência de substâncias psicoativas, como proposto acima;

Os usuários que apresentem transtornos psíquicos associados (comorbidade psiquiátrica);

Os usuários com uso nocivo, quando se constata progressão do quadro;

Os usuários compensados, para reavaliação de rotina, a cada 6 (seis) meses.

Critérios de alta do serviço de atenção secundária para UAP

Os usuários que estiverem com quadro clínico, situação familiar e profissional estabilizados. Nem sempre a compensação desses fatores coincide com total abstinência, porém se há motivação do usuário para o tratamento, se ele mostra capacidade de manter as mudanças em sua vida, de fazer outras escolhas, de tomar decisões, etc., o acompanhamento poderá ser feito na UAP.

A seguir, citamos diretrizes para os transtornos relacionados ao uso de álcool, que diferem em alguns aspectos dos acima descritos.

4.3.2_ SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL

Descrição

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

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

Sinais e sintomas

De acordo com os critérios elencados pela OMS, apresentados anteriormente:

Em um período de 24 a 48 horas após a diminuição ou parada da ingestão alcoólica, surgem sinais de disfunção autonômica, como tremores de extremidades, sudorese, hipertermia e hipertensão arterial;

São relativamente comuns as queixas de irritabilidade, mal-estar subjetivo e vontade de beber;

Potencial de evolução para delirium tremens que se caracteriza por alucinações visuais, auditivas e táteis, e estado hipervigil da consciência;

Em casos mais severos, podem sobrevir convulsões e coma.

Tratamento

Medicamentoso: Dissulfiram; Naltrexona; Acamprosato.

Encaminhar para o Hospital da sua referência

Os usuários que desenvolvam quadro de síndrome de abstinência do álcool.

Encaminhar para o serviço de atenção secundária de sua referência

Os usuários que preencham os critérios de síndrome de dependência ao álcool, como exposto anteriormente;

Os usuários que apresentem transtornos psíquicos associados (comorbidade psiquiátrica);

Os usuários com uso abusivo, quando se constata progressão do quadro;

Os usuários em acompanhamento na atenção primária em saúde, com progressão das dificuldades e aumento dos problemas diretamente relacionados ao consumo de álcool ou com o desenvolvimento de outro quadro psiquiátrico.

Critérios de alta do serviço de atenção secundária para UAP

Os usuários compensados, para reavaliação de rotina, a cada 6 meses.

4.3.3_ SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA AO ÁLCOOL (SAA)

Descrição

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

Sinais e sintomas

. Nível I: Trata-se da SAA leve e moderada. Ela aparece nas primeiras 24 horas após a última dose. Instala-se em 90% dos usuários e cursa com agitação, ansiedade, tremores finos de extremidades, alteração do sono, da sensopercepção, do humor, do relacionamento interpessoal, do apetite, sudorese em surtos, aumento da frequência cardíaca, pulso, temperatura e pressão arterial. Alucinações são raras.

. Nível II: É a SAA grave. Cerca de 5% dos usuários evoluem do nível I para o II. Isso se dá cerca de 48 horas depois da última dose de álcool ingerida. Os sinais autonômicos são mais intensos, os tremores generalizados, apresentam alucinações auditivas e visuais e desorientação têmporo-espacial. Em um estágio ainda mais grave, cerca de 3% dos usuários do nível II chegam ao delirium tremens após 72 horas da última dose. O delirium tremens piora ao entardecer. Há riscos com sequelas e morte entre aqueles que não recebem tratamento. Por volta de 10% a 15% desses apresentam convulsões do tipo grande mal. Esta psicose orgânica é reversível, dura de 2 a 10 dias, cursa com despersonalização, humor intensamente disfórico, alternando da apatia até a agressividade. Deve-se fazer diagnóstico diferencial com traumatismo craniano e doenças epileptiformes.

Exames complementares recomendados

- . Hemograma (VCM);
- . Provas de função hepática;
- . Colesterol;
- . Glicose;
- . Eletrólitos;
- . Dosagem de Vitamina B12;
- . Exames de imagem.

Diagnóstico

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

Tratamento

- . Ambulatorial (nível I):
- . Orientação aos familiares e usuários sobre os aspectos da doença, como natureza, evolução e tratamento;
- . Reposição vitamínica: tiamina;
- . Uso de benzodiazepínicos: diazepam; clordiazepóxido; lorazepam;
- . Tratamento das comorbidades psiquiátricas e clínicas.
- . Hospitalar (nível II):
- . Repouso absoluto;
- . Redução do estímulo audiovisual;
- . Monitoramento da glicemia, eletrólitos e hidratação;
- . Dieta leve ou jejum;
- . Monitoramento da evolução sintomatológica;
- . Reposição vitamínica com tiamina;
- . Uso de benzodiazepínicos: diazepam, clordiazepóxido, lorazepam via oral de hora em hora ou endovenoso com retaguarda para parada respiratória.

4.4_ ALTERAÇÕES NA SAÚDE MENTAL QUE SE MANIFESTAM NA INFÂNCIA E/OU NA ADOLESCÊNCIA

4.4.1_ TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

Descrição

Quadro marcado pela presença da tríade sintomática: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Início antes dos 7 anos de idade, com múltiplas etiologias possíveis, a saber: exposição pré-natal a toxinas ou infecções, prematuridade, desnutrição pós-natal, doenças sistêmicas e genitais, hereditariedade. Tem alta prevalência de comorbidade com transtornos de ansiedade, transtornos do humor, síndrome de Tourette, transtornos de conduta (em crianças), transtorno de aprendizagem (em crianças), transtornos de personalidade (no adulto), transtorno de abuso ou dependência de substâncias.

Classificação

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

Sinais e sintomas

- . Relacionados à desatenção: dificuldades para concentração; não estar atento ao que é dito; dificuldades em seguir normas e instruções; atenção desviada por outras atividades; desorganização; não encerrar o que começa; dificuldades em manter atenção em tarefas ou atividades lúdicas; etc.
- . Relacionados à hiperatividade: remexer mãos e/ou pés quando sentado; inquietude; fala em demasia; agitação; frequentemente se

intromete em assuntos de outras pessoas; etc.

. Cerca de 50% das crianças persistem com sintomas até a fase adulta e é importante destacar que normalmente não se observam alterações de humor.

Exames complementares recomendados

Não há achados laboratoriais ou de imagem específicos.

Diagnóstico

Quadro clínico.

Tratamento

. Medicamentos:

. Metilfenidato;

. Antidepressivos: atomoxetina, bupropiona, nortriptilina, venlafaxina, imipramina (descartar alterações do ECG previamente à prescrição de tricíclicos);

. Específicos para as comorbidades: risperidona, estabilizadores do humor;

. Psicoterapia.

Encaminhar para o serviço de atenção secundária de sua referência

Todos os usuários, para associação de estratégias farmacoterápicas e psicoterápicas.

Critérios de alta do serviço de atenção secundária para UAP

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

4.4.2_ TRANSTORNOS GLOBAIS DO DESENVOLVIMENTO

Descrição

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

Classificação (segundo a CID-10)

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

Comorbidades

- . Epilepsia e outros quadros neurológicos;
- . Depressão e ansiedade.

Diagnósticos diferenciais

- . Retardo mental (deficiência intelectual);
- . Distúrbios específicos de linguagem (DEL);
- . Mutismo seletivo;

- . Depressão;
- . Transtorno reativo de vinculação;
- . Surdez.

Sinais e sintomas

- . Comprometimento das interações sociais recíprocas (falta de resposta para as emoções de outras pessoas e/ou falta de modulação do comportamento no contexto social);
- . Comprometimento qualitativo na comunicação (nas habilidades e expressões de linguagem, na conversação interpessoal, ausência de criatividade nos processos de pensamento, pobre resposta verbal ao contato de outras pessoas);
- . Comportamento restrito, estereotipado e repetitivo, vinculação a objetos tipicamente “não macios”, resistência a mudanças na rotina ou de detalhes do meio ambiente como móveis;
- . Medos/fobias, perturbações de sono e alimentação, ataques de birra e agressão, autolesão (por exemplo: morder o punho);
- . Retardo mental em 3/4 dos casos.

Diagnóstico

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

Tratamento

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

Encaminhar para o serviço de atenção secundária de sua referência

Todos os usuários, para associação de estratégias de cuidado integral, farmacoterápicas e psicoterápicas.

Critérios de alta do serviço de atenção secundária para UAP

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

4.4.3_ TRANSTORNOS ALIMENTARES (ANOREXIA NERVOSA E BULIMIA NERVOSA)

Descrição

São desvios do comportamento alimentar, sendo classificados em 3 (três) categorias: anorexia nervosa, bulimia nervosa e distúrbios alimentares não especificados. A anorexia nervosa e a bulimia nervosa correspondem aos dois principais quadros, e têm em comum a preocupação extremada com o peso e a estética corporal e insatisfação com a aparência física. É muito comum a associação com transtornos afetivos e ansiosos, sendo doenças de difícil tratamento e de evolução prolongada.

4.4.3.1_ ANOREXIA NERVOSA

Descrição

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

Alta comorbidade com depressão.

Classificada em 2 (dois) tipos:

. Anorexia nervosa restritiva: usuários promovem restrição alimentar associada a excesso de exercícios físicos;

. Anorexia nervosa compulsão periódica/purgativa: usuários que adotam comportamentos qualificados como purgativos, a saber, vômitos autoinduzidos, uso abusivo de laxantes ou de enemas para promoção de diarreia, de diuréticos, etc.

Usuários demonstram comportamentos hostis quando questionados sobre seus hábitos alimentares; demonstram medo intenso de se tornar obesos, com recusa alimentar levando à caquexia, negativa em manter o peso acima do mínimo considerado normal para a idade e estatura (critério de peso sugerido pela OMS para critério de anorexia nervosa: peso corpóreo < 85% que o peso esperado ou IMC < 17.5 kg/m²), frequente distorção da imagem corporal.

Dentre os fatores que contribuem para o desenvolvimento do transtorno, estão as pressões culturais nas sociedades industrializadas (figura feminina esbelta, pré-púbere).

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

Exames complementares recomendados

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

Tratamento

. Não há medicamento que induza o usuário a se alimentar e recuperar o peso;

. Abordagem multidisciplinar;

. Orientações dietéticas: reposição gradual de peso; uso de vias de alimentação enteral e parenteral estão reservadas para situações de maior gravidade e onde não há colaboração do usuário;

. Psicoterapia;

. Orientação aos familiares;

. Medicamentos: antidepressivos, antipsicóticos, ciproeptadina,

carbonato de lítio;

. Internação: quando há importante redução na ingesta alimentar com consequente perda de peso; complicações clínicas; comorbidades psiquiátricas com supervisão contínua (ideação suicida).

Encaminhar para o hospital

Usuários mais graves e que demandam internação.

Encaminhar para o serviço de atenção secundária da sua referência

Todos os usuários, para associação de estratégias farmacoterápicas e psicoterápicas.

Critérios de alta do serviço de atenção secundária para UAP

Os usuários que estiverem com quadro clínico estabilizado e em atendimento médico com intervalo regular, com suporte de psicoterapia.

4.4.3.2_ BULIMIA NERVOSA

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

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

Preocupação persistente e exagerada com forma física e peso.

Sinais físicos

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

Exames complementares recomendados

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

Tratamento

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

Encaminhar para o hospital

Os usuários mais graves e que demandam internação.

Encaminhar para o serviço de atenção secundária de sua referência.

Todos os usuários, para associação de estratégias farmacoterápicas e psicoterápicas.

Critérios de alta do serviço de atenção secundária para UAP

Os usuários que estiverem com quadro clínico estabilizado e em atendimento médico com intervalo regular, com suporte de psicoterapia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo & LANCETTI, Antônio. Saúde mental e saúde coletiva. In: CAMPOS, Gastão Vagner de Sousa et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 615-634.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

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

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

DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Trad. Claudia Dornelles. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MANSUR, Nacime Salomão et al. (Org.). **Guia de Orientação de Referência e Contrarreferência Ambulatorial 2009**. São Paulo: Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina, 2009.

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

MIGUEL, Euripedes Conatantino et al. (Org.). **Clínica psiquiátrica**. Barueri: Manole, 2011.

Organização Mundial de Saúde e Organização Mundial de Médicos de Família (Wonca). **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários:** uma perspectiva global. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Portugal, 2008.

PARANÁ. Oficinas do APSUS: Formação e Qualificação do Profissional em Atenção Primária à Saúde – Oficina 8 Saúde Mental. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/APSUS_-_Ed._Permanente/Oficia_8_-_Saude_Mental/Caderno_08_Saude_Mental.pdf>. Acesso em: 23 out. 2014.

