



Telessaúde
UFSC



apresentam

ESCUTA QUALIFICADA E INTERVENÇÃO BREVE NA APS

Marina Cadore Coutinho

Abordagens Terapêuticas para Profissionais da Atenção Primária à Saúde

Abordagem Familiar

A Orientação Familiar é um dos atributos derivados da APS, que coloca a família e suas relações como parte do trabalho das equipes.

Acolher e atender as famílias sem julgamentos de valor, sem preconceito, é fundamental para a construção do vínculo e da confiança e vê-las como participantes corresponsáveis pelo tratamento é essencial para o cuidado em saúde.

Abordagem Familiar

Nas questões relacionadas as tragédias é preciso lidar com os sentimentos de medo, vergonha, impotência e raiva que frequentemente estão associados a estas situações.

A abordagem das famílias, auxilia na avaliação da situação de risco de adoecimento, ajuda na construção do vínculo e pode ser uma estratégia importante na elaboração do plano terapêutico.

Abordagem Familiar

Ao lidar com as famílias, o profissional deve deixar os familiares terem espaço para falar abertamente sobre suas expectativas e dúvidas.

Inicialmente, a abordagem familiar pode ajudar a compreender os padrões de adoecimento e história familiar, ainda, a compreensão por parte da equipe de saúde do momento do ciclo de vida em que pessoa se encontra é importante na avaliação dos riscos envolvidos. O isolamento e falta de apoio social são fatores de risco para adoecimento.

Abordagem Familiar

A morte ou adoecimento de pessoas próximas, tais como cônjuges, também aumenta o risco de comportamento suicida, particularmente em pessoas idosas.

Compreender os problemas das pessoas no seu contexto de vida e incorporar a família no tratamento aponta para uma perspectiva mais complexa de intervenção, que possibilita construir uma rede afetiva. É importante que a família seja atendida e acolhida pela sua equipe de APS!

Nos casos mais complexos, é importante discutir o caso em equipe e solicitar o apoio matricial dos profissionais de saúde mental e das equipes de saúde mental do território.

Princípios Gerais para Boa Comunicação

MI-mhGAP MANUAL DE INTERVENÇÕES

para transtornos mentais,
neurológicos e por uso de álcool
e outras drogas na rede de
atenção básica à saúde

VERSÃO 2.0

Fonte: Marina Cadore Coutinho

A. PRINCÍPIOS GERAIS

I. Uso de Habilidades de Comunicação

O uso de habilidades de comunicação efetiva permite que os profissionais de saúde ofereçam atenção de qualidade a adultos, adolescentes e crianças com condições mentais, neurológicas e por uso de substâncias (MNS). Considere as seguintes habilidades essenciais e dicas de comunicação:

1ª DICA DE COMUNICAÇÃO

Crie um ambiente que facilite a comunicação aberta:

- » Reúna-se com a pessoa em um local reservado, se possível.
- » Seja acolhedor e se apresente de maneira culturalmente apropriada.
- » Mantenha contato visual e lance mão de linguagem corporal e expressões faciais que promovam a confiança.
- » Explique que as informações discutidas durante a consulta são sigilosas e não serão compartilhadas sem autorização prévia.
- » Se houver algum cuidador presente, sugira uma conversa em particular com a pessoa (exceto no caso de crianças pequenas) e solicite seu consentimento para compartilhar informações clínicas.
- » Ao entrevistar uma mulher jovem, considere fazê-lo na presença de outra mulher da equipe ou do cuidador.

2ª DICA DE COMUNICAÇÃO

Envolva a pessoa:

Inclua a pessoa (e, com seu consentimento, cuidadores e parentes) em todos os aspectos da avaliação e do manejo sempre que possível. Isso abrange crianças, adolescentes e idosos.

3ª DICA DE COMUNICAÇÃO

Comece escutando:

- » Escute ativamente. Seja compreensivo e sensível.
- » Permita que a pessoa fale sem interrupção.
- » Se a história não for clara, seja paciente e peça esclarecimentos.

- » No caso de crianças, use uma linguagem que elas compreendam. Por exemplo, pergunte sobre seus interesses (brinquedos, amigos, escola, etc.).
- » No caso de adolescentes, indique que você compreende seus sentimentos e a situação.

4ª DICA DE COMUNICAÇÃO

Seja sempre amistoso, respeitoso e moralmente neutro:

- » Seja sempre respeitoso.
- » Não julgue as pessoas com base no comportamento e na aparência.
 - » Permaneça tranquilo e seja paciente..

5ª DICA DE COMUNICAÇÃO

Use boas habilidades de comunicação verbal:

- ✓ Use linguagem simples. Seja claro e conciso.
- ✓ Faça perguntas abertas, resumindo e esclarecendo as afirmações.
 - ✓ Resuma e repita os pontos essenciais.
- ✓ Permita que a pessoa faça perguntas sobre as informações dadas.

6ª DICA DE COMUNICAÇÃO

Responda com sensibilidade quando as pessoas contarem experiências difíceis (p. ex., agressão sexual, violência ou autoagressão):

- ✓ Demonstre maior sensibilidade diante de temas difíceis. Lembre à pessoa que tudo que disser a você será mantido em sigilo.
- ✓ Reconheça que pode ter sido difícil para a pessoa revelar a informação.

Terapia de Resolução de Problemas

Terapia de Resolução de Problemas

Frequentemente, as pessoas chegam narrando várias dificuldades nos atendimentos, um conjunto de situações de angústia com as quais se sente impotente. É um desafio para o profissional que acolhe a pessoa em sofrimento ajudá-la a organizar seus pensamentos e pensar em estratégias práticas para o enfrentamento de seus problemas.

Terapia de Resolução de Problemas

A Terapia de Resolução de Problemas é uma intervenção desenvolvida especificamente para o cenário da Atenção Primária, a fim de reduzir sintomas depressivos e ansiosos, auxiliando profissionais a apoiar pessoas no enfrentamento de situações de estresse. São recomendados de quatro a seis encontros com duração de aproximadamente 30 minutos.

Terapia de Resolução de Problemas

Esta técnica indica quando o problema do paciente pode ser determinado de modo preciso e podem ser elaboradas metas objetivas e realistas para solucionar a questão. Para usuários com transtornos de personalidade e transtornos mentais graves esta intervenção terapêutica tende a ser pouco eficaz.

ANTES DE INICIAR:

- Explicar o método;
- Conversar sobre a rotina de atendimentos, frequência e duração das sessões;
- Estabelecer o contrato terapêutico.

Terapia de Resolução de Problemas

<p>Primeiro Passo:</p> <p>Definindo o Problema</p>	<p>Estimulado pelo profissional, explorar o momento que a pessoa enfrenta, refletindo sobre que dificuldades enfrenta. A pessoa então elabora uma lista de problemas que o incomoda, de forma clara e concreta: onde e quando ocorre, quem está envolvido neste problema. Se um problema escolhido for complexo, devem ser divididos em problemas menores. Em seguida, o paciente deve escolher um dos problemas para solucionar.</p>
<p>Segundo Passo:</p> <p>Estabelecendo Metas Realistas para a Realização do Problema</p>	<p>É importante que a meta não seja imposta pelo profissional, mas que este estimule o paciente a construir uma meta que seja possível de ser implementada, questionando planos considerados inalcançáveis.</p> <p>Estabelecer uma meta objetiva, clara e possível de ser alcançada.</p> <p>Metas irreais produzem frustração.</p>

Terapia de Resolução de Problemas

<p>Terceiro Passo:</p> <p>Gerando Várias Soluções e Alternativas para o Problema</p>	<p>Estimular que o usuário pense em vários tipos de soluções para o problema, sem julgamentos, mesmo que pareçam absurdos ou impossíveis. É importante que as soluções partam da pessoa.</p> <p>A tendência é: mais soluções, mais variedade e mais qualidade de ideias surgirão.</p> <p>Sempre incluir as possibilidades mais extremadas de solução dentre as alternativas, para permitir uma visualização e entendimento mais completo das várias soluções possíveis.</p>
<p>Quarto Passo:</p> <p>Implementando diretrizes para a tomada de decisão</p>	<p>Pesar os prós e contras de cada solução.</p> <p>Considerar a viabilidade, a capacidade de resolução do conflito, o grau de satisfação que trará e a relação custo-benefício.</p>

Terapia de Resolução de Problemas

<p>Quinto Passo:</p> <p>Escolhendo e Implementando a(s) solução(ões).</p>	<p>As soluções construídas são relevantes e farão a pessoa atingir seu objetivo?</p> <p>São viáveis? O indivíduo conseguirá trilhar os passos para efetuar as ações pensadas?</p> <p>Dividir a ação em pequenas tarefas realistas ajuda. Escrever estas tarefas e estabelecer prazos também.</p>
<p>Sexto Passo:</p> <p>Avaliando o resultado</p>	<p>Avaliar cuidadosamente as tarefas que foram combinadas? O que deu certo? O que não deu certo?</p> <p>Valorizar os progressos e ganhos.</p> <p><i>Se houver dificuldade, verificar:</i></p> <ul style="list-style-type: none">-Tarefa pouco definida?- São metas pouco realistas?- Surgiram novos obstáculos?-O paciente não cumpriu suas tarefas? <p>Retornar para um passo anterior, se necessário ou encerrar o processo, caso tenha sido atingido o objetivo.</p>

Intervenção Breve Interpessoal

Dentre os vários modelos de intervenção psicossocial em formato breve, destaca-se a Intervenção Interpessoal (IIP) como ferramenta de suporte a pessoas em situações de sofrimento mental agudo, como são os casos de risco de suicídio. A intervenção breve Interpessoal tem como principal objetivo oferecer atenção para a remissão dos sintomas, através da melhora do funcionamento interpessoal nas suas relações familiares e outros suportes sociais. É uma estratégia de cuidado estruturada, de curta duração, com foco no aqui e agora e centralizada em uma situação problema específica ou foco.

Intervenção Breve Interpessoal

A intervenção breve segue um ciclo de 3 fases (inicial, intermediária e final) e pode ser concluída em 8 a 12 sessões através da abordagem individual (consulta com equipe APs) ou com grupos de usuários na própria Clínica da Família.

Intervenção Breve Interpessoal

1º Passo da Intervenção Interpessoal:

- » Conhecer o problema, compreendendo a situação de sofrimento da pessoa, identificando os sintomas.
- » Oferecer algumas informações ao usuário.
- » Compreender como estão as relações sociais do usuário, ou seja, sua família, amigos, vizinhos e todos aqueles que a pessoa identifica como fazendo parte da sua rede.

Intervenção Breve Interpessoal

As perguntas devem se voltar ao entendimento do que está acontecendo com ele agora e para o histórico do seu sofrimento:

- » Quando você começou a se sentir assim?
- » No momento em que começou a sentir-se assim, o que estava acontecendo na sua vida?
- » Você se lembra e gostaria de falar sobre alguma coisa específica que aconteceu ?

Intervenção Breve Interpessoal

Para que se crie uma relação de confiança com a pessoa em sofrimento, é muito importante a postura do profissional. Ele deve mostrar empatia, escuta compreensiva e respeito ao usuário, além de apresentar postura ativa no sentido de encorajar o paciente durante todo o processo.

No caso da tragédia ocorrida no município de Saudade o sofrimento das pessoas e familiares estarão diretamente associado à morte do seu filho, e também o quanto que essa perda poderá interferir em outras relações como por exemplo com o marido e/ou os outros filhos, por isso a importância de conhecer como estão as relações pessoais do paciente .

Intervenção Breve Interpessoal

Identificação da rede social do paciente:

Perguntas que podem ser feitas:

- Você conversa abertamente de seus problemas com _____?
- Você pede ajuda a _____ quando precisa?
 - Você tem confiança em _____?
- Você se sente compreendido por _____?
- O que há de positivo e negativo nessas relacionamentos ?

Intervenção Breve Interpessoal

A partir da compreensão do contexto interpessoal do usuário, é possível definir uma situação problema que, no geral, se categoriza em 4 opções: **luto patológico, transição de papéis, disputas interpessoais ou isolamento.**

Intervenção Breve Interpessoal

Luto Patológico	Diferente do processo normal de luto que é uma reação natural que todos nós temos quando perdemos alguém importante em nossas vidas, o luto patológico caracteriza-se pelo sofrimento intenso e duradouro que não é superado naturalmente. Esse sofrimento impede a pessoa de lembrar e falar sobre o seu ente querido, contar sua história anterior ao evento e traz efeitos importantes de evitação (não aceita nada que possa recordar a pessoa) e paralisia vital (não tem energia, nem vontade de empreender novos projetos de vida).
Transição de Papéis	Opta-se pelo foco na transição de papéis quando a situação problema se concentra na mudança de funções e responsabilidades, como por exemplo, uma nova condição social (viuvez, separação etc), de saúde (doenças crônicas ou limitações físicas) ou situacionais (perda de emprego, imigração etc).A transição de uma situação conhecida para outra, que implica em perda ou restrições, podem levar as pessoas a sentimentos de insatisfação, desânimo e incapacidade.

Intervenção Breve Interpessoal

Disputas Interpessoais	Este foco está relacionado à situação de conflito entre a pessoa e uma outra próxima e significativa. Os conflitos se apresentam de diversas formas, como os declaradamente hostis e agressivos, assim como outros discretos ou sutis. As disputas interpessoais não resolvidas causam distúrbios na sua capacidade de vínculo, o que tomam as pessoas mais vulneráveis a problemas de relacionamento.
Isolamento	Este foco prioriza as situações importantes de isolamento devido ao empobrecimento ou ausência de relações significativas. Dependendo das características de personalidade, algumas pessoas passam por situações repentinas (ou progressivas) que podem provocar conflitos e o afastamento das suas relações próximas. A sensação de incompreensão alimenta sentimentos de tristeza ou raiva, diminuindo sua capacidade de se relacionar, produzindo assim um isolamento ainda maior.

Intervenção Breve Interpessoal

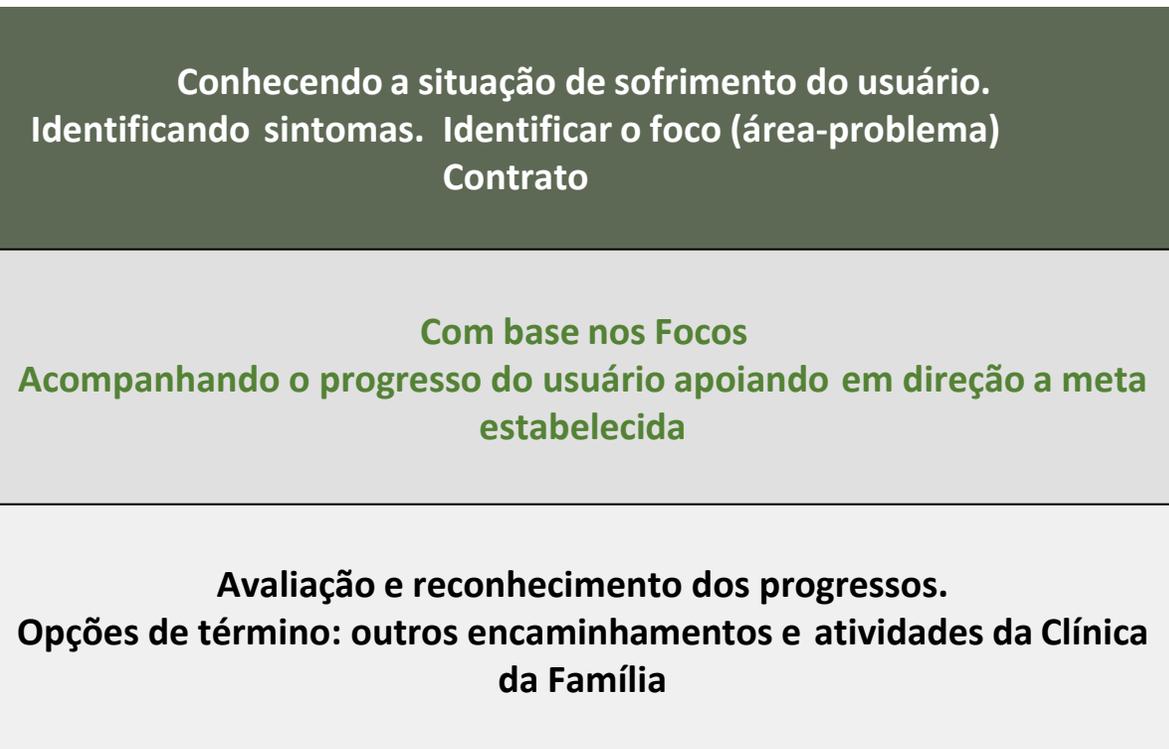
Mas onde se pretende chegar? Qual seria o objetivo de uma intervenção breve?

Na **FASE INTERMEDIÁRIA** e após a compreensão da situação atual que está passando o usuário e a definição do foco como direção de cuidado, o profissional define com a pessoa uma meta de curto prazo, algo que seja significativo em termos da recuperação de sua funcionalidade interpessoal e, ao mesmo tempo, algo concreto e possível de ser alcançado transcurso de tempo até a intervenção. A meta poder ser, por exemplo, conseguir sair de casa (para um caso de isolamento grave), conseguir evitar situações de conflitos (cujo foco é a disputa interpessoal), ou retomar pequenas atividades.

Intervenção Breve Interpessoal

Quando acompanhamos casos de pessoas em situações de intenso sofrimento, sabemos que, por vezes, realizar coisas simples demanda um esforço enorme, por isso as metas devem ser modestas, de modo a não correremos o risco de produzir sensações de impotência, caso elas não sejam alcançadas. Vale destacar que a meta não é objetivo em si da intervenção, mas uma conquista funcional importante no percurso de sua melhora.

Estrutura da Intervenção Interpessoal breve (IIP) - Modelo de 12 encontros



FASE INICIAL
(1º a 3º encontro)



FASE INTERMEDIÁRIA
(4º a 8º encontro)



FASE FINAL
(8º a 12º encontro)

Intervenção Breve Interpessoal

Na **FASE FINAL** da intervenção realiza-se a avaliação do processo, em relação ao antes e depois, perguntando a pessoa como ela se viu no processo, e também lembrando como se deu o momento inicial e sua evolução até o final. A meta estabelecida deve ser revisitada, de modo que os avanços conquistados sejam recursos do usuário para seguir na sua caminhada; e a atenção pode continuar em outros serviços da unidade ou com outros encaminhamentos. É normal nas intervenções breves que a pessoa lamente que o ciclo se feche, dizendo que sentirá falta etc., mas esse ciclo específico deve ser de fato encerrado.

Intervenção Breve Interpessoal

Na Atenção Primária o encerramento do ciclo breve da intervenção não significa o fim do acompanhamento, pois a pessoa continuará a ser um usuário no serviço, não é verdade!?

Panorama das condições MNS prioritárias

1. *Essas manifestações comuns indicam a necessidade de avaliação.*
2. *Se houver manifestações de mais de uma condição, deve-se avaliar todas as condições pertinentes.*
3. *Todas as condições se aplicam a todas as idades, salvo indicação em contrário.*

MANIFESTAÇÕES COMUNS

CONDIÇÃO PRIORITÁRIA

- » Múltiplos sintomas físicos persistentes sem causa definida.
- » Baixa energia, fadiga, problemas de sono.
- » Tristeza ou humor deprimido persistente, ansiedade.
- » Perda de interesse ou prazer em atividades que normalmente são prazerosas.

DEPRESSÃO (DEP)

- » Mudanças de comportamento acentuadas; com negligência das responsabilidades profissionais, escolares, domésticas ou sociais habituais.
- » Agitação, comportamento agressivo, diminuição ou aumento da atividade.
- » Crenças falsas fixas não compartilhadas por outras pessoas da mesma cultura.
- » A pessoa ouve vozes ou vê coisas que não existem.
- » A pessoa não percebe que tem problemas de saúde mental.

**PSICOSE
(PSI)**

TRANSTORNOS MENTAIS E COMPORTAMENTAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES (MCO)

As manifestações comuns de transtornos emocionais, comportamentais e do desenvolvimento variam segundo a idade em crianças e adolescentes.

DEMÊNCIA (DEM)



TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS (SUB)

Todas as pessoas que procuram os estabelecimentos de saúde devem ser questionadas sobre tabagismo e uso de álcool.

- » Desesperança e desespero extremos.
- » Pensamentos, planos ou atos de autoagressão ou suicídio atuais ou no passado.
- » Quaisquer uma das outras condições prioritárias, dor crônica ou sofrimento emocional extremo.

AUTOAGRESSÃO/ SUICÍDIO (SUI)

Quadros **EMERGENCIAIS** das condições MNS prioritárias

QUADRO EMERGENCIAL

- » Ato de autoagressão com sinais de envenenamento ou intoxicação, sangramento por ferida autoinfligida, perda de consciência ou letargia extrema.
- » Pensamentos, planos ou atos de autoagressão ou suicídio atuais ou antecedentes de pensamentos, planos, ou atos de autoagressão ou suicídio em uma pessoa que agora está extremamente agitada, violenta ou angustiada ou que não se comunica.
- » Convulsão aguda com perda ou declínio da consciência.
- » Convulsões contínuas.
- » Comportamento agitado ou agressivo.
Hálito alcoólico, fala arrastada, comportamento desinibido;
- » perturbação do nível de consciência, cognição, percepção, afeto ou comportamento.
- » Tremor das mãos, sudorese, vômitos, aumento da frequência de pulso e da pressão arterial, agitação, cefaleia, náuseas, ansiedade; convulsões e confusão em casos graves.
- » Ausência de resposta ou resposta mínima, baixa frequência respiratória, pupilas puntiformes.
- » Dilatação da pupila, excitação, pensamentos acelerados, desorganização do pensamento, comportamento estranho, uso recente de cocaína ou outros estimulantes, aumento do pulso e da pressão arterial, comportamento agressivo, errático ou violento.

CONDIÇÃO A CONSIDERAR

ATO DE AUTOAGRESSÃO CLINICAMENTE GRAVE

RISCO IMINENTE DE AUTOAGRESSÃO/SUICÍDIO

EPILEPSIA

ESTADO DE MAL EPILÉPTICO

ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL OU OUTRO SEDATIVO

INTOXICAÇÃO AGUDA POR ÁLCOOL

ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL

DELIRIUM POR ABSTINÊNCIA DE ÁLCOOL

OVERDOSE DE SEDATIVO OU INTOXICAÇÃO

INTOXICAÇÃO AGUDA POR ESTIMULANTE OU OVERDOSE

VÁ PARA

SUI

EPI, SUB

DEM, PSI, SUB

SUB

DEPRESSÃO

As pessoas com depressão apresentam diversos sintomas, inclusive a depressão persistente do humor ou a perda de interesse e prazer durante pelo menos duas semanas.

As pessoas com depressão, conforme descrição neste módulo, têm considerável dificuldade com o funcionamento diário nas áreas pessoal, familiar, social, educacional e ocupacional ou em outras áreas.

Muitas pessoas com depressão também apresentam sintomas de ansiedade e sintomas somáticos clinicamente inexplicados.

A depressão geralmente ocorre associada a outras condições MNS, assim como a condições físicas.

O manejo de sintomas que não atendem plenamente os critérios para depressão é abordado no módulo Outras queixas significativas em saúde mental. Vá para OUT.

DEP » Panorama rápido



AVALIAÇÃO

- » A pessoa tem depressão?
- » Há outras explicações para os sintomas?
 - Descarte condições físicas.
 - Descarte história de mania.
 - Descarte reações normais a uma grande perda recente.
- » Avalie se há outras condições MNS prioritárias.



MANEJO

- » Protocolos de manejo:
 1. Depressão.
 2. Episódio depressivo em transtorno bipolar.
 3. Populações especiais.
- »  Intervenções psicossociais.
- »  Intervenções farmacológicas.



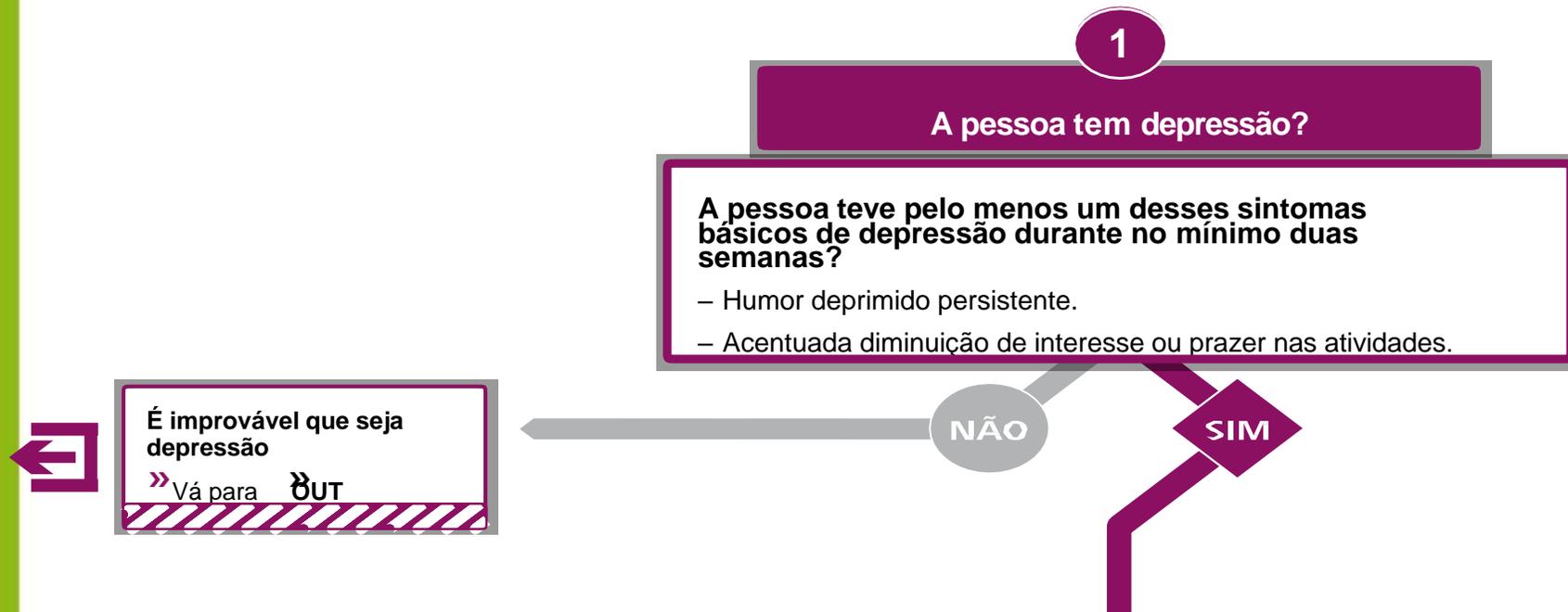
SEGUIMENTO

DEP 1

» Avaliação

MANIFESTAÇÕES COMUNS DE DEPRESSÃO

- *Múltiplos sintomas físicos persistentes sem causa evidente.*
- *Baixa energia, fadiga, problemas do sono.*
- *Tristeza ou depressão do humor persistente, ansiedade.*
Perda de interesse ou prazer em atividades normalmente prazerosas.



A pessoa apresentou vários destes outros sintomas durante no mínimo duas semanas?

- Perturbação do sono ou dormir em excesso.
- Alteração significativa do apetite ou peso (diminuição ou aumento).
- Crenças de inutilidade ou culpa excessiva.
- Fadiga ou perda de energia.
- Concentração reduzida.
- Indecisão.
- Agitação observável ou inquietação física.
- Maior lentidão que o habitual ao falar ou se movimentar.
- Desesperança.
- Pensamentos ou atos suicidas.

NÃO

SIM

É improvável que seja depressão

» Vá para **OUT**

A pessoa tem dificuldade considerável no funcionamento diário nas áreas pessoal, familiar, social, educacional e ocupacional ou em outras áreas?

NÃO

SIM

É improvável que seja depressão

» Vá para **OUT**

Considere o diagnóstico de DEPRESSÃO

DICA CLÍNICA:

Uma pessoa com depressão pode ter sintomas psicóticos como delírios ou alucinações. Nesse caso, é preciso adaptar o tratamento da depressão. **CONSULTE UM ESPECIALISTA.**



2

Há outras explicações possíveis para os sintomas?

É UMA CONDIÇÃO FÍSICA QUE PODE SE ASSEMBELHAR À DEPRESSÃO OU EXACERBÁ-LA?
Há sinais e sintomas sugestivos de anemia, 'desnutrição', hipotireoidismo, alterações do humor por uso de substâncias e efeitos colaterais de medicamentos (p. ex., alterações do humor por esteroides)?

» TRATE A CONDIÇÃO FÍSICA

NÃO

SIM

Os sintomas depressivos persistem após o tratamento?

NÃO

SIM

Não é necessário tratamento.



HÁ HISTÓRIA DE MANIA?

Houve ocorrência simultânea de vários destes sintomas, com duração mínima de 1 semana e intensidade suficiente para interferir significativamente com as atividades ocupacionais e sociais ou exigir hospitalização ou isolamento?

- Elevação do humor ou irritabilidade.
- Diminuição da necessidade de sono.
- Aumento da atividade, sensação de aumento da energia, aumento da loquacidade ou fala rápida.
- Comportamentos impulsivos ou imprudentes, como gastos excessivos, tomada de decisões importantes sem planejamento e indiscrições sexuais.
- Perda de inibições sociais normais, com comportamentos impróprios.
- Fácil distração.
- Autoestima irrealisticamente inflada.

NÃO

SIM

Provável EPISÓDIO DEPRESSIVO NO TRANSTORNO BIPOLAR



DICA CLÍNICA:

As pessoas com episódio depressivo no transtorno bipolar correm risco de apresentar mania. O tratamento é diferente do usado na depressão. É preciso aplicar o protocolo 2.

» Vá para o PASSO 3 e, depois para o PROTOCOLO 2

HOUVE UMA GRANDE PERDA (POR EXEMPLO, LUTO) NOS ÚLTIMOS 6 MESES?

SIM

NÃO

É PROVÁVEL QUE SEJA DEPRESSÃO

» Vá para o PASSO 3 e, depois, para o PROTOCOLO 1

Existe algum desses sintomas?

- Ideação suicida.
- Crenças de inutilidade.
- Sintomas psicóticos.
- Lentidão maior que o normal ao falar ou se movimentar.

NÃO

SIM

A pessoa tem história de depressão?

NÃO

SIM

É provável que seja DEPRESSÃO

3

Não institua manejo de depressão.
»Vá para OUT

Há condições MNS prioritárias concomitantes?

» Avalie se há condições MNS concomitantes de acordo com o mapa geral do MI-mhGAP. Vá para MG.

! As pessoas com depressão correm maior risco de apresentar também a maioria das demais condições MNS prioritárias.

! SE HOUVER RISCO IMINENTE DE SUICÍDIO, AVALIE E TRATE antes de continuar. Vá para SUI.

» Vá para o PROTOCOLO 1

DEP2 >> Manejo

PROTOCOLO

1

Depressão

- » Providencie psicoeducação para a pessoa e os cuidadores. **(2.1)**
- » Reduza o estresse e fortaleça o apoio social. **(2.2)**
- » Promova o funcionamento nas atividades diárias e na vida comunitária. **(2.3)**
- » Considere o uso de antidepressivos. **(2.5)**
- » Caso disponíveis, considere o encaminhamento a um dos seguintes tratamentos psicológicos breves: terapia interpessoal (TIP), terapia cognitivo-comportamental (TCC), ativação comportamental e aconselhamento para solução de problemas. **(2.4)**
- » NÃO use tratamentos inefetivos, p. ex., injeções de vitamina, para controle dos sintomas.
- » Ofereça seguimento periódico.

PROTOCOLO

2

Depressão no transtorno bipolar

- » Consulte um especialista. 
- » Se não houver um especialista imediatamente disponível, siga o tratamento para depressão (**PROTOCOLO 1**). Entretanto, NUNCA prescreva apenas antidepressivos, sem um estabilizador do humor como lítio, carbamazepina ou valproato, porque os antidepressivos podem acarretar mania em pessoas com transtorno bipolar (Vá para **» PSI**).
- » Se surgirem sintomas de mania, diga à pessoa e aos cuidadores para suspender imediatamente o antidepressivo e voltar para obter ajuda.

Populações especiais

Observe que as intervenções podem ser diferentes para essas populações.



CRIANÇA/ADOLESCENTE

- » Para o manejo da depressão em crianças e adolescentes, vá para **» MCO**.



MULHERES GRÁVIDAS OU LACTANTES

- » Siga o tratamento para depressão (**PROTOCOLO 1**), mas EVITE antidepressivos se possível, sobretudo durante o primeiro trimestre.
- » Se não houver resposta ao tratamento psicológico, considere a possibilidade de usar com cuidado a menor dose efetiva de antidepressivos.
- » Se estiver amamentando, evite medicamentos de ação prolongada como a fluoxetina. 
- » CONSULTE um ESPECIALISTA, se disponível.

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS

2.1 Psicoeducação: mensagens essenciais para a pessoa e os cuidadores

- » A depressão é uma condição muito comum que pode acometer qualquer pessoa.
- » A ocorrência de depressão não significa que a pessoa seja fraca ou preguiçosa.
- » O motivo das atitudes negativas de outras pessoas (p. ex., “você deve ser mais forte”, “reaja”) pode ser o fato de que a depressão não é uma condição visível, ao contrário de uma fratura ou ferida. Há também a concepção errônea de que as pessoas com depressão podem controlar facilmente seus sintomas pela simples força de vontade.
- » As pessoas com depressão tendem a ter opiniões irrealisticamente negativas sobre si mesmas, a vida e o futuro. A situação atual pode ser muito difícil, mas a depressão causa pensamentos injustificados de desesperança e inutilidade. Essas ideias tendem a melhorar com a melhora da depressão.
- » Os pensamentos de autoagressão ou suicídio são comuns. Se notarem esses pensamentos, não devem tomar nenhuma medida, mas contar a uma pessoa de confiança e voltar imediatamente para obter ajuda.

INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

2.5 Consideração do uso de antidepressivos

- » Converse com a pessoa e decidam juntos sobre a prescrição de antidepressivos. Explique que:
 - Os antidepressivos não causam dependência.
 - É muito importante tomar o medicamento todos os dias conforme a prescrição.
 - Podem ocorrer alguns efeitos colaterais nos primeiros dias, mas eles costumam desaparecer.
 - Em geral, são necessárias várias semanas até que se note a melhora do humor, do interesse ou da energia.
- » Considere a idade da pessoa, as condições médicas concomitantes e o perfil de efeitos colaterais do medicamento.
- » Comece com apenas um medicamento na dose inicial mínima.
- » Em geral, é preciso manter os medicamentos antidepressivos ao menos por 9 a 12 meses após a resolução dos sintomas.
- » Os medicamentos nunca devem ser interrompidos somente porque houve alguma melhora. Oriente a pessoa sobre o tempo recomendado de uso dos medicamentos.

INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS



ATENÇÃO

- » Caso ocorra um episódio de mania, interrompa imediatamente o antidepressivo; é possível que o medicamento desencadeie um episódio de mania no transtorno bipolar não tratado.
- » Não combine o medicamento com outros antidepressivos, pois existe o risco de causar a síndrome serotoninérgica.
- » Os antidepressivos podem aumentar a ideação suicida, sobretudo em adolescentes e adultos jovens.

Antidepressivos em populações especiais

ADOLESCENTES A PARTIR DE 12 ANOS

- » Se os sintomas persistirem ou se agravarem apesar das intervenções psicossociais, considere o uso de fluoxetina [sem nenhum outro inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS) ou antidepressivo tricíclico (ATC)].
- » Se for prescrita fluoxetina, peça ao adolescente que volte semanalmente nas 4 primeiras semanas para monitorar pensamentos ou planos de suicídio.

MULHERES GRÁVIDAS OU LACTANTES

- » Evite antidepressivos, se possível.
- » Considere o uso de antidepressivos na dose efetiva mínima se não houver resposta às intervenções psicossociais.
- » Se a mulher estiver amamentando, evite medicamentos antidepressivos de ação prolongada como a fluoxetina.
- » Consulte um especialista, se disponível.

INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS



Antidepressivos em populações especiais

IDOSOS

- » Evite a amitriptilina, se possível.

PESSOAS COM DOENÇA CARDIOVASCULAR

NÃO prescreva amitriptilina.

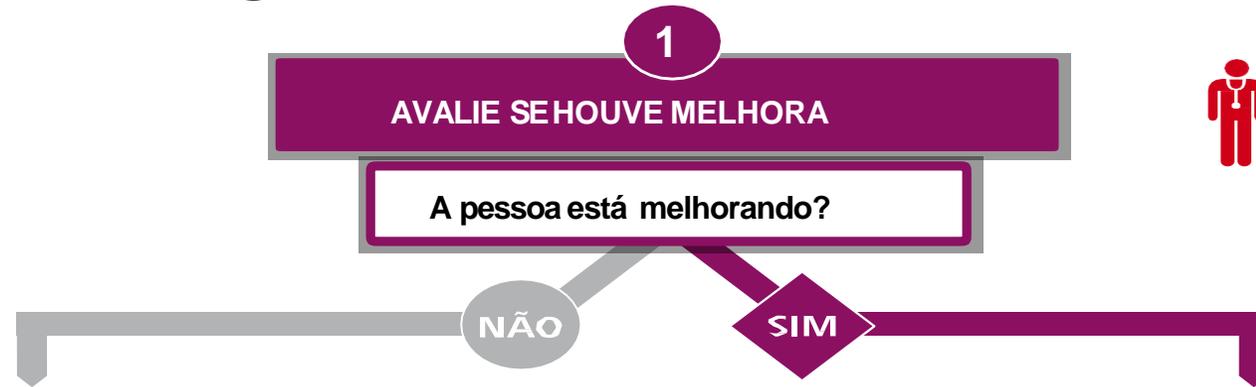
ADULTOS COM PENSAMENTOS OU PLANOS DE SUICÍDIO

- » Os ISRS são a primeira opção. A overdose de um ATC como a amitriptilina pode ameaçar a vida e, portanto, deve ser evitada nesse grupo.
- » Se houver risco iminente de autoagressão ou suicídio (Vá para » **SUI**), entregue um suprimento limitado de antidepressivos (p. ex., a quantidade suficiente para uma semana de cada vez).
- » Peça aos cuidadores que guardem e vigiem os medicamentos e façam um acompanhamento frequente para evitar a overdose de medicamento.

TABELA 1: Antidepressivos

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	EFEITOS COLATERAIS	CONTRAINDICAÇÕES/PRECAUÇÕES
<p>AMITRIPTILINA [antidepressivo tricíclico (ATC)]</p>	<p>Comece com 25 mg ao deitar. Aumente de 25-50 mg por semana até alcançar 100-150 mg por dia (máximo de 300 mg). Nota: a dose efetiva mínima em adultos é de 75 mg. Pode ocorrer com doses menores. sedação Idosos/pessoas com doença médica: comece com 25 mg ao deitar até alcançar 50-75 mg por dia (máximo de 100 mg). Crianças/adolescentes: não use.</p>	<p>Comuns: sedação, hipotensão ortostática (risco de queda), visão borrada, dificuldade para urinar, náuseas, aumento de peso, disfunção sexual. Graves: alterações no eletrocardiograma (por exemplo, prolongamento do intervalo QTc), arritmia cardíaca, aumento do risco de convulsão.</p>	<p>Evite em pessoas com doença cardíaca, história de convulsões, hipertireoidismo, retenção urinária ou glaucoma de ângulo fechado e transtorno bipolar (pode desencadear mania em pessoas com transtorno bipolar sem tratamento). A overdose pode causar crises epiléticas, arritmias cardíacas, hipotensão, coma ou morte. Os níveis de amitriptilina podem ser aumentados por antimaláricos, inclusive quinina.</p>
<p>FLUOXETINA [inibidor seletivo da recaptção de serotonina (ISRS)]</p>	<p>Comece com 10 mg/dia durante uma semana, depois aumente para 20 mg/dia. Se não houver resposta em 6 semanas, aumente para 40 mg (máximo de 80 mg). Idosos/pessoas com doença médica: opção preferida. Comece com 10 mg/dia, depois aumente para 20 mg (máximo de 40 mg). Adolescentes Comece com 10 mg/dia. Aumente para 20 mg/dia se não houver resposta em 6 semanas (máximo de 40 mg).</p>	<p>Comuns: sedação, insônia, cefaleia, tontura, distúrbios gastrointestinais, alterações do apetite e disfunção sexual. Graves: anormalidades hemorrágicas nos usuários de ácido acetilsalicílico ou outros anti-inflamatórios não esteroides, baixos níveis de sódio.</p>	<p>Cuidado em pessoas com histórico de convulsões. Interações medicamentosas: evite a combinação com varfarina (pode aumentar o risco de sangramento). Pode aumentar os níveis de ATCs, antipsicóticos e betabloqueadores. Cuidado ao combinar com tamoxifeno, codeína e tramadol (reduz o efeito desses medicamentos).</p>

DEP 3 » Seguimento



RECOMENDAÇÕES SOBRE A FREQUÊNCIA DE CONTATO

- » Marque a segunda consulta dentro de 1 semana.
- » A princípio, mantenha contato periódico por telefone, visitas domiciliares, cartas, ou cartões de contato com maior frequência, por exemplo, mensalmente nos 3 primeiros meses.

- » **Se ainda não estiver recebendo tratamento psicológico**, considere a possibilidade desse tratamento.
- » **Se estiver em tratamento psicológico**, avalie a participação da pessoa e sua experiência com o tratamento psicológico atual.
- » **Se ainda não estiver em tratamento com antidepressivos**, considere a prescrição de antidepressivos.
- » **Se estiver em tratamento com antidepressivos**, avalie:

- **A pessoa toma o medicamento conforme a prescrição?**
Se não, procure saber o motivo e incentive a adesão.
- **Há efeitos colaterais?**
Em caso afirmativo, avalie e pondere os benefícios do tratamento.
Em caso negativo, aumente a dose (**TABELA 1**). Faça avaliação de seguimento em 1 a 2 semanas.

CUIDADO COM O AUMENTO DA DOSE. É NECESSÁRIO SEGUIMENTO RIGOROSO DEVIDO AO POSSÍVEL AUMENTO DOS EFEITOS COLATERAIS.

- » Incentive a pessoa a seguir o plano de manejo atual até que permaneça *assintomática durante 9 a 12 meses*.
- » **Marque outra consulta de seguimento em 1 a 2 semanas.**
- » Diminua o contato à medida que os sintomas da pessoa melhorarem, por exemplo, uma vez a cada 3 meses depois dos primeiros 3 meses.

Nota: o seguimento deve continuar até que a pessoa não tenha mais sintomas de depressão.

Há sintomas da mania?

SIM

NÃO

- » Suspenda o medicamento antidepressivo.
- » Trate a mania e consulte um especialista.
- » **Vá para » PSI.**



2

MONITORE O TRATAMENTO

Em todos os contatos:

- » Providencie psicoeducação, reduza o estresse e reforce o apoio social, promova o funcionamento nas atividades diárias e na vida comunitária e reveja, se for o caso, o uso de medicamentos antidepressivos e o tratamento psicológico.
- » **A pessoa tem algum novo sintoma que cause preocupação?** Examine a pessoa para avaliar condições MNS e condições físicas concomitantes.
- » **A pessoa é uma mulher em idade fértil que está planejando uma gravidez?** Nesse caso, **CONSULTE um ESPECIALISTA.**



Avalie se há algum RISCO IMINENTE DE SUICÍDIO (Vá para » SUI).

3

REVISE O TRATAMENTO SE FOR APROPRIADO

A pessoa está assintomática há 9 a 12 meses?

NÃO

SIM

- » Mantenha o medicamento até que a pessoa esteja assintomática há 9 a 12 meses.

- » Analise com a pessoa os riscos e benefícios da interrupção do medicamento.
- » Diminua a dose do medicamento gradualmente, durante um período mínimo de 4 semanas. Monitore a pessoa para detectar uma possível recorrência dos sintomas.

Estudo de Caso

15/07 - Menino de 15 anos, levado a Unidade Básica de Saúde pela Assistente Social do abrigo onde mora, a qual solicita atendimento para o adolescente que encontra-se insone a vários dias, referindo vontade de desaparecer, realizado consulta de enfermagem utilizando o Manual MI mhGAP.

Encaminhado ao Especialista (CAPS).

18/07 - Na consulta de acolhimento no CAPS coletado as seguintes informações

- IDEIAS SUICIDAS
- AGRESSIVIDADE
- HISTÓRIA DE USO DE COCAÍNA, CRACK, MACONHA, LSD.
- INICIO DOS SINTOMAS PSIQUIÁTRICO 30.05.2018, PACIENTE JÁ REALIZOU TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO E PSICOLOGO CAPINZAL – UBS
- USA MEDICAMENTOS PARA ENURESE NOTURNA E ANSIEDADE, POUCA RESPOSTA.
- MEDICAMENTOS QUE USA: RISPERIDONA 1comp 2mg, SERTRALINA 1comp 50mg, JÁ USOU IMIPRAMINA.
- NÃO HOUVE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA PREVIA.
- PACIENTE RESIDE EM REGIME DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL.
- SITUAÇÃO ESCOLAR EJA ENSINO FUNDAMENTAL.
- EXAMES LABORATÓRIAS SEM RESULTADOS ESPERADOS PARA A FAIXA ETÁRIA.
- EXISTE HISTORIA FAMILIAR DE TRANSTORNO PSIQUIÁTRICO IRMÃO DEFICIÊNCIA NEONATAL MODERADO SURTOS PSICÓTICOS.
- Ajustado medicação e realizado PTS.
- Após alguns dias paciente se desentende com um dos monitores do abrigo e faz o seguinte desenho.

Estudo de Caso 03/08



Estudo de Caso

Dia 03/08 – Paciente Interna na emergência do hospital geral .

Evolução SISREG.

Menino de 15 anos abrigado socialmente junto com o irmão, com ideações suicidas, em tto psicoterápico no Caps, porém evolui com tentativas de suicídio com faca no abrigo, após realizar o desenho acima.

Encaminhado à Emergência do hospital geral, medicado e internado em leito de retaguarda clínica até surgir leito para faixa etária em hospital de referência. Inserido para vaga no Hospital de Joinville, porém era o 19 da fila de espera de urgência.

Dia 02/09 o médico clínico do hospital geral deu alta, desistindo (?) da internação em Joinville.

Dia 04/09 menino passou por avaliação com médico do Caps, que ajustou medicações;



Obrigada!

nucleosaudemental@saude.sc.gov.br

Fone: (48) 3664-7277