

Diretrizes clínicas para atuação em saúde mental na atenção básica

Alexandre de Araújo Pereira
Organizador

SÉRIE NESCON DE INFORMES TÉCNICOS - Nº 3



Universidade
Federal de
Minas Gerais

NESCON
núcleo de **educação** em **saúde coletiva**
FACULDADE DE MEDICINA - UFMG

Diretrizes clínicas para atuação em saúde mental na atenção básica

Alexandre de Araújo Pereira
Organizador

SÉRIE NESCON DE INFORMES TÉCNICOS - Nº 3

Belo Horizonte
Nescon UFMG
2009

Universidade Federal de Minas Gerais

Reitor: Ronaldo Tadêu Pena

Vice-Reitora: Heloisa Maria Murgel Starling

Pró-Reitoria de Pós-Graduação

Pró-Reitora: Elizabeth Ribeiro da Silva

Pró-Reitoria de Extensão

Pró-Reitora: Ângela Imaculada Loureiro de Freitas Dalben

Pró-Reitora Adjunta: Paula Cambraia de Mendonça Vianna

Centro de Apoio à Educação a Distância (CAED)

Coordenadora: Maria do Carmo Vila

Coordenadoria da UAB na UFMG

Coordenadora: Ione Maria Ferreira de Oliveira

Escola de Enfermagem

Diretora: Marília Alves

Vice-Diretora: Andréa Gazzinelli Corrêa de Oliveira

Faculdade de Educação

Diretora: Antônia Vitória Soares Aranha

Vice-Diretor: Orlando Gomes de Aguiar Júnior

Faculdade de Medicina

Diretor: Francisco José Penna

Vice-Diretor: Tarcizo Afonso Nunes

Faculdade de Odontologia

Diretor: Evandro Neves Abdo

Vice-Diretora: Andréa Maria Duarte Vargas

Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de

Medicina / UFMG (Nescon)

Coordenador em exercício: Edison José Corrêa

Projeto Gráfico

Marco Severo, Rachel Barreto e Romero Ronconi

Diagramação

Ana Lucia Chagas

Eric Samuel

Pereira, Alexandre de Araújo

Diretrizes para saúde mental em atenção básica / Organizado por Alexandre de Araújo Pereira. – Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009.

44p. (Série Nescon de Informes Técnicos, nº. 3)

ISBN

978-85-60914-02-9

1. Saúde Mental. 2. Diretrizes. I. PEREIRA, Alexandre de Araújo. II. DIAS, Ruth Borges. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva.

Sumário

Apresentação dos autores	06
Apresentação	07
Seção 1 Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento – a Entrevista Motivacional – Ruth Borges Dias	08
Seção 2 Diretrizes de abordagem psicoterápica na atenção primária Alexandre de Araújo Pereira	25
Seção 3 Diretrizes gerais de abordagem das somatizações, síndromes ansiosas e depressivas – Alexandre de Araújo Pereira	30
Seção 4 Diretrizes para abordagem da abstinência alcoólica Alexandre de Araújo Pereira	36
Seção 5 Diretrizes gerais para o uso de contenção química Alexandre de Araújo Pereira	40

Apresentação dos autores

Alexandre de Araújo Pereira

Médico pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Psiquiatria pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Mestre em Educação Médica pela Escola Nacional de Saúde Pública de Cuba. Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Alfenas/Belo Horizonte. Coordenador de Saúde Mental de Sobral – CE (2001–2004). Referência Técnica de Saúde Mental de Betim – MG (2006–2008) e consultor em saúde mental e atenção primária.

Ruth Borges Dias

Médica pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. Residência de Pediatria pela Fundação Lucas Machado. Médica de Família e Comunidade (Especialização pelo Hospital Italiano de Buenos Aires e Titulação pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade - SBMFC). Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de Alfenas/ Belo Horizonte. Analista de Promoção da Saúde – Unimed Federação Minas Gerais. Consultora em Estratégia de Saúde da Família e Atenção Primária. Presidente da Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade (Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade - AMMFC) gestões 2007-2009 e 2009-2011.

Apresentação

Esta publicação foi elaborada com o objetivo de fornecer informações que possam auxiliar os profissionais da atenção básica a conduzir situações clínicas no campo da saúde mental. Os textos aqui escritos fazem parte das referências de leitura obrigatória do módulo de *Saúde Mental*, do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), modalidade a distância, realizado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva/Faculdade de Medicina, com a participação da Cátedra da UNESCO de Ensino a Distância/Faculdade de Educação, Faculdade de Odontologia e Escola de Enfermagem.

Os seguintes temas foram abordados: *diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento – a entrevista motivacional; diretrizes de abordagem psicoterápica na atenção primária; diretrizes gerais de abordagem das somatizações, síndromes ansiosas e depressivas; diretrizes para abordagem da abstinência alcoólica e diretrizes para o uso de contenção química.* Essa publicação eletrônica tem apoio do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – Nescon – da Faculdade de Medicina da UFMG.

Seção 1

Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento – a Entrevista Motivacional

A mudança comportamental é um processo e as pessoas têm diversos níveis de motivação. A motivação pode ser definida como a probabilidade de que um indivíduo se envolva, continue e adira a uma estratégia específica de mudança. A motivação não deve ser encarada como um traço de personalidade inerente ao caráter, mas sim um estado de prontidão ou vontade de mudar, que pode flutuar de um momento para outro e de uma situação para outra. O Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente (PROCHASKA e DICLEMENTE 1982), descreve a prontidão para a mudança como estágios pelos quais o indivíduo transita, sendo estes:

* Pré-contemplação (*I won't*): não considera a possibilidade de mudar, nem se preocupa com a questão.

* Contemplação (*I might*): admite o problema, é ambivalente e considera adotar mudanças eventualmente.

* Preparação (*I will*): inicia algumas mudanças, planeja, cria condições para mudar, revisa tentativas passadas.

* Ação (*I am*): implementa mudanças ambientais e comportamentais, investe tempo e energia na execução da mudança.

* Manutenção (*I have*): processa a continuidade do trabalho iniciado com ação, para manter os ganhos e prevenir a recaída.

* Recaída: falha na manutenção e retoma hábito ou comportamento anterior – retorna a qualquer dos estágios anteriores.

A **pré-contemplação** é um estágio em que não há intenção de mudança, nem mesmo uma crítica a respeito do conflito envolvendo o comportamento-problema. De modo geral, a pessoa neste estágio sequer encara o seu comportamento como um problema, podendo ser chamado “resistente” ou “em negação”. Por exemplo, no caso da atividade física, um critério para diagnóstico desta fase seria o sedentarismo, a ausência de intenção de tornar-se ativo nos próximos seis meses. O objetivo da ação é a conscientização; e a estratégia de apoio é o desenvolvimento de pensamentos sobre mudança, riscos e benefícios.

A **contemplação** caracteriza-se pela conscientização de que existe um problema, no entanto, apresenta dificuldades para a ação da mudança. O contemplador considera a mudança, mas ao mesmo tempo a rejeita e é nesta fase que a ambivalência, estando no seu ápice, deve ser trabalhada para possibilitar um movimento rumo à decisão de mudar. Ainda no caso da atividade física, um critério para diagnóstico desta fase seria o sedentarismo, mas pensando frequentemente em tornar-se ativo, provavelmente nos próximos seis meses. O objetivo da ação é o encorajamento; e as estratégias de apoio são informação, educação em saúde, diminuição de barreiras, levantamento de questões e reflexões sobre as mesmas.

Na **preparação**, a pessoa está pronta para mudar e compromissada com a mudança. Faz parte deste estágio aumentar a responsabilidade pela mudança, avaliar recursos disponíveis e elaborar um plano específico de ação. O objetivo da ação é a negociação e as estratégias de apoio são: criar autoimagem, compromisso, facilitar envolvimento de participação social.

A **ação** se dá quando o sujeito escolhe uma estratégia para a realização dessa mudança e toma atitude neste sentido, usando o apoio como um meio de assegurar-se do seu plano, para ganhar autoeficácia e, finalmente, para criar condições externas para a mudança. O objetivo da ação é o compromisso e as estratégias de apoio são: reforços, mobilizar suporte social e introdução de alternativas. É preciso salientar que nem sempre um indivíduo que busca recurso encontra-se no estágio de ação.

A **manutenção** é o estágio em que se trabalham a prevenção à recaída e a consolidação dos ganhos obtidos durante a ação. O grande teste para comprovar-se a efetividade da mudança é a estabilidade nesse novo estado por anos. No processo de mudança, tradicionalmente, a manutenção é vista como um estágio estático, porém, trata-se de um estágio dinâmico, pois se entende como a continuação do novo comportamento para a mudança que demora algum tempo para estabelecer-se. O estágio de manutenção pode e deve ser estimulado por toda a vida. Aqui o foco do trabalho é manter os ganhos do tratamento evitando-se a recaída do comportamento anterior. As estratégias de apoio são: resistir à tentação, integração num grupo, recompensas.

A **recaída** é um aspecto essencial a ser entendido quando se fala em mudança de hábito. Muitas pessoas acabam recaído e tendo que recomeçar o processo novamente. Nem sempre o recomeço ocorre pelo estágio inicial. Muitas passam inúmeras vezes pelas diferentes etapas do processo para chegarem ao término, isto é, uma mudança mais duradoura. Em termos médicos, recaída seria a “recorrência dos sintomas da doença após um período de melhora”. Adaptando este conceito, a recaída seria, então, “um retomo a níveis anteriores do comportamento, seguido por uma tentativa de parar ou diminuir o mesmo” ou apenas “o fracasso de

atingir objetivos estabelecidos por um indivíduo após um período definido de tempo". É importante encarar a recaída não como um fato isolado, mas como uma série de processos cognitivos, comportamentais e afetivos. Da mesma forma, a recaída não pode ser encarada como um fracasso do indivíduo ou do profissional e sim como parte do processo da mudança.

De acordo com Prochaska, DiClemente e Norcross (PROCHASKA, DICLEMENTE e NORCROSS, 1992), o indivíduo não caminha nos estágios de forma linear-causal. Uma vez atingida alguma mudança, não significa que a pessoa se manterá nesse estágio, por isto, pode-se representar o processo de mudança como uma espiral, que pressupõe movimento, em que as pessoas podem progredir ou regredir sem ordenação lógica.

A grande importância do reconhecimento da etapa do processo de mudança no indivíduo é estimar o seu envolvimento no processo e tomar decisões sobre a metodologia a ser utilizada na abordagem de forma mais personalizada, realista e fundamentada.

Técnicas de abordagem

Existem diversas técnicas de abordagem para mudança comportamental, entre elas destacam-se três tipos amplamente utilizados:

- 1) Apelo ao medo:** baseada em estudos nos anos 50 e 60, demonstra eficácia em curto prazo para comportamentos ocasionais ou medo intenso. Normalmente é desnecessário e insuficiente.
- 2) Apelo à informação:** estudos ressaltam critérios para elaboração de programas informativos bem-sucedidos sobre os efeitos de hábitos por meio de ilustração de casos também bem-sucedidos de mudanças, em vez de estatísticas sobre maus hábitos e doenças; discussão dos aspectos positivos e negativos da opção ou não pela mudança proposta; argumentos fortes no início e no final da mensagem; mensagens curtas, claras e diretas, com conclusões explícitas; nível de demanda balanceado.
- 3) Comunicação persuasiva e efetiva:** atrai a atenção, é compreensível, impulsiona ao comportamento recomendado, é facilmente lembrada e recomenda ações específicas. Esse tipo

de abordagem é especialmente eficiente quando o indivíduo se encontra nas etapas iniciais do processo de mudança.

A escolha da técnica adequada depende da fase de motivação do indivíduo. Assim, para que se possa ter a percepção adequada e correlacioná-la com a intervenção adequada, pode-se pensar da seguinte forma (Quadro 1):

Quadro 1 – Correlação entre estágios de mudança e tarefas motivacionais

Estágios de mudança de Prochaska e DiClemente	Tarefas motivacionais do terapeuta
Pré-contemplação	Levantar dúvidas – aumentar a percepção do indivíduo sobre os riscos e problemas do comportamento atual.
Contemplação	“Inclinar a balança” – evocar as razões para a mudança, os riscos de não mudar; fortalecer a auto-suficiência do indivíduo para a mudança do comportamento atual.
Preparação	Ajudar o indivíduo a determinar a melhor linha de ação a ser seguida na busca pela mudança.
Ação	Ajudar o indivíduo a dar passos rumo à mudança
Manutenção	Ajudar o indivíduo a identificar e a utilizar estratégias de prevenção da recaída.
Recaída	Ajudar o indivíduo a renovar os processos de contemplação, preparação e ação, sem que este fique imobilizado ou desmoralizado devido à recaída.

Entrevista motivacional

O conceito de motivação inspirou a formulação de uma intervenção terapêutica chamada entrevista motivacional. Criada por William Miller (MILLER e ROLLNICK, 2001), psicólogo americano, essa abordagem reúne várias outras previamente existentes, tais como a terapia centrada no indivíduo e terapias breves, acrescentando alguns novos conceitos. **Tem**

como objetivo principal promover a mudança de comportamento. Foi desenvolvida para ser aplicada ao consumo de álcool, tabaco e drogas, pois até então vários tipos de tratamento pregavam que só poderiam ajudar o indivíduo se o mesmo desejasse. Para pessoas que resistem a mudar algum comportamento de risco, a entrevista motivacional almeja a reabilitação como pessoa e não apenas a abstinência do consumo de álcool, tabaco e outras substâncias. Essa abordagem pode ser utilizada para qualquer problema de saúde mental, dificuldades de relacionamento, desenvolvimento de comportamentos saudáveis como a prática de dietas saudáveis, adoção de práticas esportivas, educação e promoção de saúde. É destinada a indivíduos que não acreditam ter uma questão importante para ser mudada, que não querem se tratar ou que se sentem numa dualidade (ambivalência) muito arraigada. Pode ser usada em uma única entrevista, mas habitualmente é empregada em quatro a cinco consultas.

A entrevista motivacional envolve espírito de colaboração, participação e autonomia tanto do indivíduo quanto do profissional de saúde, na qual ambos vão articulando alternativas em que a motivação para a mudança é construída de forma natural e espontânea. **É uma técnica de abordagem não-confrontativa e semiestruturada, que identifica e trabalha com a motivação da pessoa, já que é centrada nas suas necessidades e experiências.** Estimula a auto-eficácia a partir do momento em que o indivíduo consegue realizar as mudanças propostas e, assim, gera um forte impulso para mudar hábitos e estilo de vida.

Para que se possa ter compreensão mais ampla sobre a proposta da entrevista motivacional, o Quadro 2, a seguir, mostra suas diferenças com as demais intervenções confrontantes. Aqui, será utilizado o alcoolismo como exemplo.

Quadro 2 – Diferenças entre dois tipos de abordagem para mudanças comportamentais

Abordagem do confronto da negação	Abordagem da entrevista motivacional
Forte ênfase na aceitação da existência de um problema; aceitação do diagnóstico vista como essencial para a mudança.	Não há ênfase em rótulos; a aceitação do “alcooolismo” ou de outros rótulos é vista como desnecessária para que ocorra a mudança.
Ênfase na patogenia da personalidade, que reduz a escolha, o julgamento e o controle pessoais.	Ênfase na escolha pessoal e na responsabilidade pela decisão quanto ao comportamento futuro.
O terapeuta apresenta as evidências percebidas dos problemas para tentar convencer o indivíduo a aceitar o diagnóstico.	O terapeuta conduz avaliações objetivas, mas concentra-se em eliciar as preocupações do indivíduo.
A resistência é vista como “negação”, um traço que deve ser confrontado.	A resistência é vista como um padrão de comportamento interpessoal, influenciado pelo comportamento do terapeuta.
A resistência é tratada com argumentação e correção.	A resistência é tratada com reflexão.
As metas do tratamento e as estratégias de mudança são prescritas para o indivíduo pelo terapeuta: o indivíduo é visto como incapaz de tomar decisões firmes devido à “negação”.	As metas de tratamento e as estratégias de mudança são negociadas entre indivíduo e terapeuta, baseadas em dados e aceitabilidade; o envolvimento do indivíduo e sua aceitação das metas são vistos como vitais.

É aconselhável o uso da terminologia “cliente” e não “paciente”, já que o cliente tem papel ativo na mudança e um paciente é aquele que apenas recebe a ação de um agente. A psicoterapia como uma estratégia complementar facilita a ter o controle da própria vida, aumentando a auto-eficácia e a autoestima.

Os **cinco princípios básicos da entrevista motivacional** são: expressar empatia, desenvolver discrepância, evitar discussões, fluir com a resistência e estimular a auto-eficácia.

1 – Expressar empatia: aceitar a postura do indivíduo, tentando entendê-lo, sem julgamento. Sobre “acolher o cliente”, Rogers (1992) definiu como uma “escuta técnica reflexiva” (*reflective listening*) que clarifique e amplie a experiência pessoal do indivíduo, sem impor a opinião pessoal do terapeuta. Implica certo grau de solidariedade emocional, tentando compreender os seus pensamentos e emoções, colocando-se no lugar do indivíduo. A resposta empática é uma competência adquirida na qual o profissional é treinado para compreender e aceitar o que o outro é. Permite expressar solidariedade com gestos (tocando levemente o indivíduo) e palavras (“Eu entendo que você se sentiu mal com aquilo que aconteceu”). Além de ouvir o que a pessoa diz, o profissional responderá ao que ouve, decodificando aquilo que ouviu e repetindo na forma de uma afirmação. (Ex: “Deixe-me ver se entendi o que você está dizendo...”). Assim, o profissional não assume o papel de *expert*, a relação terapeuta-indivíduo é mais de troca, visando à autonomia, liberdade de escolha da pessoa e sua eficácia. Apesar de a confrontação ser um objetivo implícito da entrevista motivacional, a confrontação direta, imediata e persuasiva é explicitamente evitada, já que esta geralmente aumenta a resistência e reduz a probabilidade de mudança. Ao mesmo tempo, há um componente diretivo, que é auxiliar o indivíduo a lidar com sua ambivalência e, conseqüentemente, possibilitar mudança.

2 – Desenvolver discrepância entre o atual comportamento do indivíduo (por exemplo, o sedentarismo) e objetivos mais amplos (controlar os níveis pressóricos, perder peso e aumentar a resistência física). É muito importante que a pessoa tenha consciência das conseqüências de sua conduta, perceba a diferença entre o comportamento atual e os objetivos futuros. Interessa aumentar os seus níveis de conflito, especialmente entre o atual comportamento e os valores de sua vida. Trabalhar a emoção gerada pelo desconforto da dúvida e/ ou de conflito é o maior motor para a mudança. Para aumentar a eficácia da entrevista, é importante que o indivíduo verbalize suas discrepâncias e seja estimulado a apresentar argumentos para a mudança.

3 – Evitar discussões, isto é, confrontações diretas. Evitar discutir e debater com a pessoa sobre a conveniência ou a utilidade de uma mudança, porque isso pode criar resistência. Os argumentos diretos e as tentativas para convencer tendem a produzir oposição ante as instruções, ordens ou sugestões para a mudança. Essa oposição surge quando se tem a percepção de que a escolha é limitada e, em geral, quando a sensação de liberdade é cerceada. Antes de informar, é apropriado perguntar ao indivíduo se tem ou deseja obter informação, com frases como “quer que eu explique alguma coisa sobre este assunto?” Também é importante

não se precipitar com elevado número de informações, sendo mais útil informar aos poucos e conferindo se ele entendeu, sempre centrado no conflito. Geralmente, as discussões surgem da tentativa do profissional de confrontar a pessoa com seu problema e, conseqüentemente, querer rotulá-lo (por exemplo, o profissional esperar que o indivíduo se assuma como alcoólico). Categorizar é desnecessário.

4 – Fluir com a resistência, em vez de enfrentar. É preciso reconhecer o momento do indivíduo e saber usá-lo em vez de ir contra ele. Suas percepções podem mudar, principalmente se forem de relutância ao tratamento, ao contato terapêutico ou mesmo à mudança propriamente dita. Novas perspectivas são bem recebidas, mas não devem ser impostas. Existem diversas estratégias para lidar com a resistência:

4.1 – Reflexão simples: constatar que o indivíduo discorda ou que ele sente algo. Permite explorar melhor a situação em vez de aumentar as defesas:

Indivíduo - Não sou eu que tenho problemas. Se bebo, é porque meu chefe está sempre pegando no meu pé...

Profissional - Parece que, para você, a razão de você beber são os seus problemas no trabalho...

4.2 – Reflexão amplificada: a ideia seria devolver ao indivíduo o que ele disse, de forma amplificada ou mesmo exagerada. Deve ter-se cuidado, pois um comentário num tom sarcástico pode ter o efeito inverso de aumentar a resistência, enquanto que o apropriado é fazê-lo diretamente, de forma a apoiar a pessoa:

Indivíduo - Eu consigo controlar minha bebida.

Profissional - Então quer dizer que você nada tem a temer, álcool não é um problema para você.

4.3 – Reflexão de dois lados (*double-sided*): uma abordagem baseada na escuta crítica é constatar o que a pessoa diz e acrescentar a isto o outro lado de sua ambivalência, utilizando material fornecido anteriormente:

Indivíduo - Está bem, eu tenho problemas com minha família e meu chefe pelas ressacas frequentes, mas eu não sou um alcoólico.

Profissional - Você não tem dificuldade em assumir que a bebida está lhe prejudicando, mas você não quer ser taxado.

4.4 – Mudar o foco de atenção do indivíduo de algo que parece uma barreira para sua evolução.

4.5 – Concordar, mas com uma mudança sutil de direção.

4.6 – Enfatizar escolha e controle pessoal: estar sempre assegurando ao indivíduo que, no fim das contas, quem tem a última palavra é ele. Ajuda a diminuir a relutância:

Profissional - Ninguém pode mudar o seu hábito. Afinal, quem decide é você.

4.7 – Reinterpretar: isto é, colocar os comentários do indivíduo num outro contexto ou mesmo dar-lhe outra interpretação, alterando o sentido:

Indivíduo - Eu não aguento mais tentar parar e não conseguir, eu desisto.

Profissional - Realmente, muitas vezes é difícil ver uma luz no fim do túnel. Eu percebo seu esforço em mudar e o admiro por isso. Lembre-se do processo de mudança que discutimos: quanto mais vezes você passar pelas fases, mais chance de chegar à manutenção você terá.

4.8 – Paradoxo terapêutico: é como dizer ao indivíduo: “Tudo bem, talvez seja melhor mesmo você não fazer a dieta e não tomar seus medicamentos...” de forma calma, de modo que ele, resistindo ao profissional, possa mover-se adiante, assumindo que quer se tratar. Porém, essa estratégia requer muita experiência e deve ser usada com cuidado.

5 – Estimular a autoeficácia: apoiar e reforçar o sentimento de autoeficácia. Acreditar na possibilidade de mudança é um importante fator motivacional, porque tem muita influência sobre a capacidade de iniciar um novo comportamento e mantê-lo. Os resultados anteriores satisfatórios reforçam a crença do indivíduo na sua capacidade de conseguir e a ajuda do terapeuta pode ser analisar os resultados, potenciando a sua positividade (“É muito difícil parar de fumar e você conseguiu!”). Não se pode esquecer de que o indivíduo é responsável por escolher e fazer a mudança e o profissional por lhe dar assistência, se desejado.

Técnicas de apoio narrativo

Carl Rogers (1987) alegou que uma relação interpessoal centrada na pessoa oferece a atmosfera ideal para a mudança, permitindo uma sensação de ambiente seguro e causando forte impacto nos resultados clínicos e de satisfação. Existem técnicas que ajudam o indivíduo a sentir-se aceito e entendido:

1 – Questões abertas: são aquelas que não podem ser respondidas com apenas uma ou duas palavras, por oposição a questões fechadas, por exemplo. “Como este problema afeta sua vida?” ou “quais aspectos da sua saúde que mais o preocupam?” Essas perguntas permitem e incentivam o indivíduo a explicar-se, aumentando, assim, a sua percepção do problema, já que quando uma pessoa fala, ela elabora informações e emoções associadas ao que está dizendo.

2 – Escuta reflexiva: é uma das habilidades fundamentais. Trata-se de averiguar o que quer dizer a pessoa e “devolver” sua fala por meio de afirmações que podem ser de cinco tipos:

- Repetição de uma palavra dita pelo indivíduo e que se acha que é importante.
- Refrasear: é como o anterior, mas mudando uma palavra ou alterando um pouco o que foi dito.
- Parafraseando: aqui se reflete o dito com novas palavras quando o profissional intui o significado do que foi falado pelo indivíduo.
- Apontamento emocional: é a forma mais profunda de reflexão, são frases que revelam sentimentos ou emoções: “Percebo você um pouco triste” ou “parece que este assunto o emociona.”
- Silêncios: utilizados de forma adequada, causam potente efeito reflexivo no indivíduo. De forma não-verbal, está-se indicando que ele está sendo entendido e aceito. Permite também um momento crucial de auto-observação sobre o que disse e sente.

3 – Reestruturação positiva: significa reforçar afirmativamente e apoiar o indivíduo, destacando seus aspectos positivos por meio de frases de compreensão, reabilitando a sua autoestima e autoeficácia.

4 – Resumir tentando destacar do que foi dito pelo indivíduo o que se acha que é mais crucial.

5 – Afirmações de automotivação: incentivar mediante questões em diferentes aspectos:

- Reconhecimento do problema: “de que maneira isso tem sido importante para você?”
- Manifestação de preocupação: “como você se sente com a forma como você bebe?”
- Intenção de mudança: “quais são as razões para mudar?”
- Otimismo para a mudança: “o que o faz pensar que você poderia mudar se o desejasse?” “O que mais...?”

Técnicas para aumentar o nível de conscientização em relação à mudança:

- 1 – Reforçar a forma verbal e não-verbal das afirmações do indivíduo.
- 2 – Tornar as decisões equilibradas, o que significa indicar os aspectos positivos e negativos de ambos os comportamentos que o indivíduo tenha explicado: “Você diz que fumar é ruim por... ao mesmo tempo é bom por...”.
- 3 – Provocar a elaboração do plano de ação, pedindo exemplos concretos (Como? Quando? De que maneira?)
- 4 – Usar os extremos, imaginando as piores consequências possíveis.
- 5 – “Olhar para trás e para frente”, visualizar com o indivíduo como era antes de adquirir o hábito e/ ou como ele ficará depois de largá-lo.
- 6 – Explorar valores realmente importantes para a vida do indivíduo (o que é importante em sua vida?).
- 7 – Fazer o papel de “advogado do diabo”. É uma técnica muito arriscada e só deve ser usada por um profissional experiente e em situações extremas. Consiste em “concordar” com o indivíduo que o caso dele é “insolúvel” e que é melhor ele manter o hábito, “já que não tem jeito mesmo...”.

Armadilhas a serem evitadas

Por outro lado, existem várias armadilhas que retardam ou dificultam o processo de mudança e geram a resistência do indivíduo:

1 – Pergunta / Resposta: fazer perguntas que o indivíduo responde com frases curtas e simples. A relação “profissional ativo/ indivíduo passivo” não facilita a reflexão e preparação por parte do indivíduo, por isto a preconização de perguntas abertas e escuta reflexiva. Como regra geral, deve-se evitar fazer três perguntas abertas seguidas.

2 – Confrontar a negação: é a mais frequente armadilha a se evitar. Quanto mais se confrontar o indivíduo com sua situação, este se torna mais resistente e relutante em mudar, por exemplo, com respostas como “não creio que é tão grave esquecer as coisas quando eu bebo.”

3 – Assumir o papel de *expert*: oferecer, com as melhores

intenções, respostas e soluções para o indivíduo, levando-o a assumir um papel passivo totalmente contrário à abordagem da entrevista motivacional.

4 – Rotular: classificar um indivíduo com rótulos, que muitas vezes exercem certo tipo de estigma sobre as pessoas (“Você é um alcoólico”). Os problemas podem ser analisados sem a necessidade de definir rótulos, que causam resistência desnecessária.

5 – Focalização prematura: focar prematuramente o assunto que parece mais importante quando o indivíduo quer falar sobre outros temas que lhe digam respeito e que são mais extensos. É importante evitar o confronto sobre o que é mais adequado para iniciar a entrevista; e começar com as preocupações do indivíduo facilita a tarefa. Se se tentar focalizar a questão rapidamente, ele irá se distanciar e ficar na defensiva.

6 – Culpar: gastar tempo e energia para analisar de quem é a culpa do problema deixa o indivíduo na defensiva. A culpa é irrelevante e convém enfrentá-la com reflexão e reformulação das preocupações do indivíduo.

Estratégias que aumentem a probabilidade de mudança

Há uma vasta revisão da literatura sobre o que motiva pessoas a mudar e a aderir ao tratamento. As seguintes estratégias são um resumo dessa literatura, lembrando que não há soluções mágicas e que uma abordagem efetiva geralmente associa várias dessas estratégias:

1 – Aconselhar: algumas vezes, um conselho claro, na hora e da forma certa, pode fazer a diferença. Identificar o problema ou a área de risco, explicar por que a mudança é necessária e recomendar uma mudança específica.

2 – Remover barreiras: uma pessoa no estágio de contemplação pode estar considerando vir ao tratamento, mas estar preocupada em fazê-lo devido a alguns obstáculos do tipo custo, transporte, horário, etc. Essas barreiras podem interferir não só no início do tratamento, como também no processo de mudança, já que muitas vezes essas barreiras são mais de atitude ou internas do que abertas (isto é, a pessoa que ainda não sabe se vale a pena mudar, por exemplo. Neste caso, a abordagem deve ser mais cognitiva do que prática) e é preciso auxiliar o indivíduo a identificá-las e ultrapassá-las, assistindo-o na busca de soluções práticas para o problema.

3 – Oferecer opções de escolha: é provado que a motivação é aumentada quando a pessoa percebe-se capaz de decidir livremente sem influência externa ou sem ter sido obrigada a fazê-lo. Portanto, é essencial que o terapeuta o ajude a sentir sua liberdade (e, conseqüentemente, responsabilidade) de escolha, oferecendo-lhe várias alternativas.

4 – Diminuir a vontade: se um comportamento é mantido apesar de suas más conseqüências, é porque também traz algo de bom. Tem-se que identificar os aspectos positivos do comportamento do indivíduo que o está estimulando a manter-se nele e, daí, buscar formas de diminuir esses incentivos. Nem sempre a simples constatação racional desses aspectos negativos é suficiente. As pesquisas mostram que o comportamento tem mais chance de mudar se as dimensões afetivas ou de valor forem afetadas. Técnicas comportamentais podem ser utilizadas, mas isso requer um sério compromisso do indivíduo. Uma técnica mais genérica é aumentar a consciência do indivíduo para as conseqüências adversas do comportamento.

5 – Praticar empatia: o valor da empatia já foi mencionado anteriormente e dela consiste não a habilidade de identificar-se com o indivíduo, mas sim de entender o outro a partir da chamada “escuta crítica”;

6 – Dar feedback: se o terapeuta não sabe bem onde se encontra no processo terapêutico, fica difícil saber para onde ir. Muitas pessoas acabam por não mudar por falta de retomo quanto à sua atual situação. Portanto, deixar o indivíduo sempre a par de seu estado presente é um elemento essencial para motivá-lo à mudança.

7 – Clarificar objetivos: somente dar feedback também não é suficiente. É importante compará-lo com uma meta preestabelecida, que oriente o percurso de ação. Portanto, é importante auxiliar o indivíduo a estabelecer certos objetivos e que estes sejam realistas e factíveis.

8 – Ajuda ativa: o terapeuta deve estar ativa e positivamente interessado no processo de mudança do indivíduo e isto pode ser expresso pela sua iniciativa de ajudar e pela expressão de cuidado (por exemplo, um simples telefonema frente a uma falta).

Assim se podem resumir as orientações dispensadas em cada fase do processo, segundo o Quadro 3.

Quadro 3 – Orientações dispensadas em cada fase do processo de modificação do comportamento

Estado	Tarefas	Estratégias
Pré-contemplativo	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar o hábito; • trabalhar a ambivalência e a resistência; • estimular a autoeficácia e automotivação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Empatia; • apoio narrativo; • escuta reflexiva; • evitar armadilhas; • remover resistência.
Contemplativo	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a discrepância 	<ul style="list-style-type: none"> • Empatia; • escuta reflexiva.
Preparação	<ul style="list-style-type: none"> • Que o indivíduo verbalize o desejo de mudança; • ajudar a eleger a melhor estratégia e um plano de ação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Empatia; • perguntas ativadoras.
Ação	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a autoeficácia; • informar sobre planos que tiveram êxito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Empatia; • apoio narrativo; • perguntas ativadoras.
Manutenção	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir recaídas; • aumentar a autoeficácia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Empatia; • identificação de situações de risco e elaboração de planos para evitá-las.
Recaída	<ul style="list-style-type: none"> • Reconstruir positivamente o processo; • estimular a autoeficácia e automotivação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Empatia; • acolhimento; • apoio emocional; • reestruturação positiva.

Fonte: adaptado de AYARRA M, LIZARRAGA S – *Malas noticias y apoio emocional*. http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple24_2.html, acessado em 23 de junho de 2009

Como conclusão, a primeira estratégia da entrevista motivacional é vincular-se ao indivíduo a fim de lhe permitir posicionar-se no que diz respeito aos hábitos que precisa mudar. Colocá-lo no processo de mudança e usar estratégias de comunicação adaptadas a cada necessidade. Posteriormente, promover-lhe a consciência para seu comportamento, aumentando os níveis de contradição entre suas crenças e suas ações e, por conseguinte, aumentando os níveis de conflito. Trabalhar a ambivalência, a autoeficácia e apoiá-lo por meio de ajuda ativa.

Referências

AYARRA M, LIZARRAGA S. Malas noticias y apoio emocional. http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple24_2.html, acesso em 23 de junho de 2009

JUNGERMAN, F. S. LARANJEIRA, R. Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. São Paulo: CD UNIAD – UNIFESP, 1999.

MILLER, W.R., ROLLNICK, S. Entrevista motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

PROCHASKA, J. O.; DiCLEMENTE, C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, v. 20, p. 161-173, 1982.

PROCHASKA, J. O.; DiCLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. In search of how people change: applications to addictive behaviour. *American Psychologist*, Washington, v. 47, p. 1102-1114, 1992.

_____. *Changing for Good*. New York: Paperback, 1994.

ROGERS, C. R. *Grupos de encontro*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

ROGERS, C.R. *Terapia centrada no cliente*. São Paulo: Martins Fontes; 1992.

Seção 2

Diretrizes de abordagem psicoterápica na
atenção primária

Aspectos gerais

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

Tratamento de apoio à crise

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

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

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

O encaminhamento para serviços de saúde mental pode ser considerado caso não se observe melhora do paciente após as medidas de apoio terem sido instituídas na unidade básica de saúde. É muito comum que profissionais de saúde encaminhem pacientes para a psicologia por não se sentirem preparados para ouvir seu pacientes e instituir as orientações descritas ou por puro comodismo, justificando que não há tempo para esse tipo de atendimento no nível primário de atenção. Observamos, na prática, que profissionais legitimamente interessados em ajudar seus pacientes organizam o processo de trabalho e a demanda da clientela assistida para planejar uma escuta humanizada. Deficiências na formação profissional ou mesmo dificuldades pessoais podem ser superadas se houver uma supervisão regular de profissionais de saúde mental no nível primário de atenção, por exemplo, pelo matriciamento. Encaminhamentos para a psicologia devem ser restritos aos casos mais graves, de difícil manejo da relação profissional de saúde-paciente, por exemplo, pacientes que apresentam atuação repetitiva de condutas de risco para si e terceiros. Outras situações se referem a pacientes que burlam constantemente as ofertas de tratamento ou que apresentem algum conflito de natureza subjetiva evidente e cujo conteúdo tenha que ser aprofundado por mais tempo e em maior profundidade, por exemplo, na situação de abuso sexual ou ideação persistente de autoextermínio. Assim, pense sempre duas vezes antes de encaminhar casos para atendimento psicológico!

Técnicas de resolução de problemas

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

1 – Uma **lista de problemas** é feita pelo paciente com a ajuda do terapeuta, que ajuda o primeiro a definir o problema e a separar seus vários aspectos;

2 – o **paciente escolhe** um desses problemas para resolver;

3 – o paciente é auxiliado a relacionar **meios alternativos de ação** que poderiam solucionar ou reduzir o problema. Os cursos de ação devem ser especificados, indicando o que deve ser feito e como o sucesso será avaliado;

4 – o **paciente é estimulado a avaliar os prós e os contras** de cada plano de ação e escolher o mais promissor;

5 – o paciente tenta **colocar em prática** o curso de ação escolhido para o problema selecionado;

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

Sessões desse tipo duram cerca de 30 minutos e o número geralmente varia de quatro a oito, de acordo com a complexidade do problema, devendo ser conduzidas semanalmente. O importante, na aplicação clínica dessa técnica, é que os pacientes sejam encorajados a buscar uma solução para seus próprios problemas e não ajam a partir de conselhos oferecidos pelos profissionais de saúde. Afinal de contas, as repercussões das decisões tomadas devem ser de responsabilidade

dos próprios pacientes. Nosso objetivo, como profissionais de saúde, é estimular a autorreflexão e a tomada de decisões de forma mais consciente por parte do paciente na direção da mais autonomia possível. Afinal de contas, não somos nós quem deve resolver os problemas dos outros, mas podemos colaborar no sentido de facilitar o processo de mudança das pessoas!

Referências

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes médicas, 1993.

GELDER, M. et al. Psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

RIBEIRO, M. S. (Org.). Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental. Juiz de Fora : Editora UFJF, 2007. 294 p.



Seção 3

Diretrizes gerais de abordagem das somatizações, síndromes ansiosas e depressivas

As doenças psiquiátricas mais prevalentes na atenção básica, são:

- Somatizações
- Transtornos depressivos
- Transtornos ansiosos

Somatizações

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

Fluxograma de abordagem das somatizações

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



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

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



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



Nunca diga que o paciente não tem nada!

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

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

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

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



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

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

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

Depressão

- Humor deprimido / perda de interesse e prazer / fadiga- bilidade aumentada (dois desses sintomas e pelo menos mais dois sintomas acessórios);
- pelo período mínimo de duas semanas;
- gravidade: apresentando dificuldade considerável em con- tinuar com atividades sociais / laborativas / domésticas e sofrimento subjetivo intenso;
- Considerar abordagens psicossociais para os quadros de- pressivos leves e de início recente.

Ansiedade

- Presença de sintomas ansiosos graves: que gerem sofri- mento intenso e/ou dificuldade considerável em continuar com ativi- dades sociais, laborativas ou domésticas;
- por um período mínimo de quatro semanas;
- os quadros ansiosos com evidência de resposta à medica- ção: ansiedade generalizada, transtorno de pânico, fobia social, tran- storno obsessivo-compulsivo;
- quadros com baixa evidência de resposta medicamentosa: fobia simples.

Abordagem farmacológica dos transtornos de- pressivos e ansiosos

1 – Antidepressivos usualmente padronizados na rede pública:

Tricíclicos (TC):

Amitriptilina® – 25 e 75 mg

Imipramina® – 25 e 75 mg

Clomipramina® – 10, 25 e 75 mg

Nortriptilina® – 10, 25 e 50 mg

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

Inibidores de recaptura de serotonina (IRS):

Fluoxetina® – 20 mg (pacientes jovens, sem comorbidade clínica ou uso de outras medicações)

Sertralina® – 25, 50, 100 mg (pacientes idosos)

Citalopram® – 20 mg (pacientes hepatopatas ou em uso de várias medicações clínicas)

3 – Antidepressivos de outras classes farmacológicas:

Bupropiona® – 150 mg (pacientes com intolerância aos efeitos colaterais do IRS)

Mirtazapina® – 30 mg (cardiopatas e idosos com quadros de ansiedade e insônia)

Orientações gerais para o uso de antidepressivos:

1 – Geralmente a monoterapia com antidepressivos é a única medicação necessária;

2 – todos os antidepressivos apresentam eficácia similar, o que os diferencia é basicamente o perfil dos efeitos colaterais e segurança;

3 – para a seleção da droga, avalie história prévia do uso de antidepressivos e utilize aquele do qual o paciente obteve boa resposta;

4 – caso já tenha usado um grupo farmacológico sem boa resposta (ex. tricíclico), prescreva um antidepressivo de outro grupo farmacológico (ex. inibidor de recaptura de serotonina);

5 – realizar avaliação cardiológica de todos os pacientes com 50 anos ou mais e todos que tenham alguma suspeita de cardiopatia;

6 – lembrar que todos os antidepressivos possuem também alguma ação ansiolítica. O tratamento dos quadros ansiosos geralmente exige doses mais baixas que para o tratamento dos quadros depressivos;

7 – doses terapêuticas para tratamento dos quadros de depressão: amitriptilina[®], imipramina[®] e clomipramina[®] (75 mg/dia - 225 mg/dia); nortriptilina[®] (50 a 150 mg/dia); fluoxetina[®] (20 a 80 mg/dia), sertralina[®] (50 a 200 mg/dia) e citalopram[®] (20 a 60 mg/dia); bupropiona (150 a 300 mg/dia); mirtazapina (30 a 45 mg/dia). Considere dose mínima para o início do tratamento dos quadros ansiosos: TC (25 mg/dia); IRS (fluoxetina[®] 10 mg/dia e sertralina[®] 25 mg/dia);

8 – concentrem as doses dos TCs à noite e dos IRS pela manhã;

9 – os efeitos clínicos significativos da ação dos antidepressivos costumam ser mais evidentes a partir da terceira ou quarta semanas após o início do tratamento;

10 – não troque de medicação a cada visita, oriente o cliente sobre o mecanismo de funcionamento da droga e, se necessário, reveja a posologia a cada quatro semanas até melhora significativa dos sintomas;

11 – após redução significativa dos sintomas:

- Se primeiro episódio - mantenha a prescrição por pelo menos seis meses
- Se segundo episódio - mantenha a medicação por dois anos
- Se terceiro episódio - considerar o uso para a vida toda (nestes casos solicite parecer do psiquiatra)

Referências

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes médicas, 1993.

Patel, V. Where There Is No Psychiatrist. London: Gaskell, 2003.

RIBEIRO M. S. (Org.). Ferramentas para descomplicar a atenção básica em saúde mental. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2007, 294 p.

Seção 4

Diretrizes para abordagem da abstinência alcoólica

Conceito

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

Síndrome de abstinência alcoólica nível I

As manifestações são de grau leve e moderado e a síndrome pode ser tratada em nível ambulatorial (quadro 1):

Quadro 1 - Correlação entre sinais de sintomas na síndrome de abstinência alcoólica e tratamento nível I

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

Síndrome de abstinência alcoólica nível II

Trata-se de **situação** (*delirium tremens*) que pode ser potencialmente letal. O tratamento deverá ser efetuado, preferencialmente, em âmbito hospitalar (quadro 2).

Quadro 2 - Correlação entre sinais de sintomas na síndrome de abstinência alcoólica e tratamento nível II

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

Cuidados com a Síndrome de abstinência alcoólica

O que **não** fazer:

1 – Administrar glicose antes da aplicação da tiamina® IM;

Nos casos de **intoxicação alcoólica** em pacientes usuários crônicos de álcool, a administração de tiamina® IM 30 minutos antes da infusão de glicose também deve ser realizada. As células nervosas utilizam a tiamina® na metabolização da glicose. A ausência da vitamina em usuários crônicos pode desencadear a encefalopatia de Wernicke.

2 – hidratar indiscriminadamente;

3 – administrar clorpromazina® ou hidantoína®

4 – administrar diazepam® por via IM ou associado ao soro fisiológico/glicosado

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

Referências

BOTEGA, N. J. (Org.). Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2006.

CORDIOLI, A. V. (Org.). Psicofármacos: consulta Rápida. Porto Alegre: Artmed, 2000.

LARANJEIRA, R. et al. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) e o seu tratamento. Revista Brasileira de Psiquiatria. v. 22, n. 2, p. 62-71, 2000.

Seção 5

Diretrizes gerais para o uso de contenção química

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

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

Medicação VO

Clonazepam® – gotas: 2,5 mg / mL (01 gota = 0,1 mg) Fazer 40 a 60 gotas VO

associado a

Haloperidol® – gotas: 2,0 mg / mL (01 gota = 0,1 mg) Fazer 50 a 100 gotas VO

Medicação IM

Haloperidol® 01 ampola IM (1 mL; 5 mg) +
Prometazina® 01 ampola IM (2 mL; 50 mg)

ou

Haloperidol® 01 ampola IM (1 mL; 5mg) +
Midazolam® 01 ampola IM (3 mL; 15 mg).

2 – Em pacientes com quadro de intoxicação alcoólica há risco mais alto de depressão respiratória, já que o álcool exerce ação depressiva sobre o sistema nervoso central. Nesses casos, a adoção de benzodiazepínicos, como o midazolam®, e outros agentes com perfil de sedação deve ser evitada. Um esquema seguro para esses casos seria:

Haloperidol® 01 ampola IM (1 mL; 5mg) com
repetição da dose em 30 minutos, se necessário.

3 – São necessários cuidados redobrados ao medicar pacientes idosos, pois são mais vulneráveis aos efeitos adversos dos antipsicóticos tradicionais. Assim, metade da dose utilizada em adultos jovens é geralmente suficiente.

4 – Em crianças com quadro de agitação psicomotora grave, apenas a contenção física é geralmente suficiente. O haloperidol® deve ser evitado em pacientes com epilepsia, depressão de medula e lesões subcorticais, pelo risco aumentado de síndrome neuroléptica maligna. Se houver necessidade de contenção química em crianças e adolescentes (seis a 12 anos):

Haloperidol® 0,1 a 0,5 mg/kg/dia
(máximo de 1,0 mg/kg/dia) VO ou IM.

Referências

BOTEGA, N. J. (Org.). Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência. Porto Alegre: Artmed, 2006.

CORDIOLI, A. V. (Org.). Psicofármacos: consulta Rápida. Porto Alegre: Artmed, 2000.

ISBN 978-85-60914-02-9



9 788560 191402 9

Apoio



Ministério
da Educação



Ministério do
Desenvolvimento, Indústria
e Comércio Exterior

secretaria de Gestão do Trabalho
e da Educação na Saúde

Ministério
da Saúde



Realização



UFMG

